

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/10/13	428,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

25/10/2019

NADRI HAMSD

28,-

- Nadol Codeine CP 16p x 10

NO - DOL CODEINE
CP B20
P.E.R. 01/2024
P.P.V. : 28DH00
6 1180000 061861

50,60

- Princ B fat CP 716p x 2

PPV 50,60 DH
LOT N376 PER 03/22
0 comprimés enrobés

268,-

- Amoxicil 500 mg 16p f. 1/1

Aciclovir mg
500 comprimés
P.P.V. : 268,00 DH
Distribué par MSV Maroc
AMM 453/160MP/21/INTO
70092493/1
120916-1

81,40

128,-

81,40

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Dr. Imad ABOUSAHFA
Médecin Urgentiste

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

25/10/2019
05:43

Nom Patient :	NADRI HAMID	Numéro dossier :	1900132978		
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
24/10/2019	MORPHINE SOTHEMA 10mg Injecta (10)(1)	745748	1,00	3,11	3,11
24/10/2019	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	745748	1,00	6,54	6,54
24/10/2019	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	745748	1,00	1,39	1,39
24/10/2019	ANDOL 1g Injecta (01)	745748	1,00	18,80	18,80
24/10/2019	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	745748	1,00	5,20	5,20
24/10/2019	SERINGUE 10ML	745748	1,00	0,84	0,84
24/10/2019	COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PQT5	745748	1,00	1,77	1,77
24/10/2019	INTRANULEE G 20	745748	1,00	1,82	1,82
Total pharmacie					39,47

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel.: 05 25 03 53 45
 Fax : 05 29 04 77
 E-mail : contact@hck.ma
 N°INP 090061882

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 131658 / 2019 du 25/10/2019

Nom patient	NADRI HAMID	Entrée	25/10/2019
	PAYANTS	Sortie	25/10/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		39,47	39,47
Total Clinique				339,47

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT TRENTE-NEUF DIRHAMS QUARANTE-SEPT CENTIMES

Total **339,47**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 54 77
E-mail: contact@hck.m.rnkm.ma
N°INP 090061862

Centre
Monétique
Interbancaire

25/10/19 06:44:28
9900397937
93979301
HOP CHEIKH KHALIFA G6
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
NADRI HAMID
xxxxxxxxxxxx9242
07/21 CARTE NATIONALE
4931089FBB491DD4
601-0-9999-1-44

MONTANT: 339,47 MAD
NUM TRANSACTION : 005
NUM AUTORISATION: 394548
STAN 019116

DEBIT
Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVÉ
COPIE CLIENT

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 1910250543078060 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900132978	NADRI HAMID	25/10/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	019116	339,47
PAYANT	Total payé	339,47
TROIS CENT TRENTE-NEUF		

Reçu établi par : BADMOU

25/10/2019
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 25 53 77 00
Fax : 05 25 53 77 01
E-mail : contact@hckb.dz
N°INP 0900624