

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution



W18-403474

DATE DE DEPOT


...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7460						
Nom & Prénom <u>ADOU NABIL</u>		Signature de l'adhérent						
Fonction : <u>Représentant</u> Phones : <u>066130581</u>								
Mail : <u>nd.oud@royalairmaroc.com</u>								
MEDECIN								
Prénom du patient								
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>						
Age		Date						
Nature de la maladie		Date 1ère visite						
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances								
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td><u>24/04/19</u></td> <td></td> <td><u>G</u></td> </tr> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>24/04/19</u>		<u>G</u>
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
<u>24/04/19</u>		<u>G</u>						
PHARMACIE								
Date								
Montant de la facture								
Signature et cachet du Pharmacien								
ANALYSES - RADIOGRAPHIES								
Date :		Signature et cachet du praticien						
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires							
.....		Signature et cachet du praticien						
.....								
AUXILIAIRES MEDICAUX								
Date :								
Nombre		Montant détaillé des Honoraires						
AM	PC IM IV							
<u>24/04/19</u>	<u>25</u>	<u>4530</u>						



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 24/4/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Matricule : 7462	e-mail : ntaou@royalairmaroc.com	Phones : 0661305081
Nom et Prénom de l'adhérent : NABIL		
Nom et Prénom du bénéficiaire : NABIL		
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN		
Je soussigné : Dr. TADLAOU		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. SAUD MASHOUR NABIL		
Nécessite		
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) K30, (K30 + K32)		
Une hospitalisation de (approximatif) 1 jour		
A (préciser l'établissement hospitalier)		
STRICTEMENT CONFIDENTIEL		
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :		
1. Verru vulgaire, impetigo de front 2. autre verru de la paupière supérieure d'oeil gauche		
Cachet, date et signature du praticien		
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS		
Décision :		

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

REANIMATION MÉDICO - CHIRURGICALE
CHIRURGIE VISCÉRALE
COELIO CHIRURGIE
NEURO - CHIRURGIE
CHIRURGIE VASCULAIRE
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE
CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

REF DOSS, H :

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Réa teur

a l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

M DAOUD AL NADAVIAH NABIL

et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires,

Soit la somme de :

450,00 DHS

CACHET ET SIGNATURE
Docteur Moulay Driss SENTISSI
Médecin Anesthésiste Réanimateur
Clinique BADR
35 Rue EL ALLOUSSI Bourgoine
Casablanca Tél.: 05 22 49 28 00

Clinique BADR

CLINIQUE BADR

Urgence 24/24

مصحة بدر

URGENCE 24/24

F A C T U R E

N°: 201901744 / 2019 du 24/04/2019

Nom patient **DAOUD AL MADAWAR NABIL**
PAYANT

Entrée 24/04/2019
Sortie 24/04/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE DOUBLE	1.00	CH	400.00	400.00
SALLE OPERATION	30.00	K30	25.00	750.00
ECG	1.00		200.00	200.00
			<i>Sous-Total</i>	1 350.00
PHARMACIE	1.00		230.00	230.00
			<i>Sous-Total</i>	230.00
Total Clinique				1 580.00

DR. TADLAOUI ABDELFTTAH (chirurgie)	1.00		1 500.00	1 500.00
DR. M.A.R DRS.SENTISS (reanimat/anesthe)	15.00	K15	30.00	450.00
			<i>Sous-Total</i>	1 950.00
SCANNER (citm)	1.00	TDM THORACIQUE	1 000.00	1 000.00
			<i>Sous-Total</i>	1 000.00
Total Autres prestations				2 950.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE MILLE CINQ CENT TRENTE DIRHAMS	Total 4 530.00

PAYE PAR CHEQUE
N°: 6247561/BALCE
Le: 24/04/19

CLINIQUE BADR
35 Rue Alhoussi - Bourgogne
Tél: 05 22 49 28 00 Casablanca
CAISSE

ICE : 001529932000062

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : DAOUD AL MADAWAR NABIL N° Factur 201 901 744 C1900228

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
BETADINE BLEU LAPROPHA (001)	1	15,60	15,60
COMPRESSES 7,5X7,5 P10 (100)	2	4,70	9,40
GANTS STERILES 7,5 (050)	2	7,55	15,10
INTRANULE G 20 ROSE / 50 = BIOVALVE	2	9,00	18,00
LAME BISTOURI N° 11/100	1	2,10	2,10
LIDOCAINE INJECTABLE 1% / 1 = XYLOCAIN	1	9,80	9,80
LUNETTE A O2(STERIFIL) (001)	1	21,97	21,97
MANCHE DE BISTOURI ELECTRIQUE	1	40,00	40,00
OXYGENO-THERAPIE BLOC RESPIRATEUR FACT	15	1,00	15,00
PLAQUE DE MASSE JETABLE (025)	1	30,00	30,00
SERINGUE 10CC CHINOISE JET (001)	1	1,40	1,40
STERI STRIP 6MM X 75 (3M) / 50	1	10,44	10,44
STERIXYL RAP4/OCT18 (036)	1	41,19	41,19
Total pharmacie			230,00

CLINIQUE BADR
35 Rue Alloussi - Bourgogne
Tel: 05 22 49 28 00 Casablanca
CAISSE

REANIMATION MÉDICO - CHIRURGICALE
CHIRURGIE VISCÉRALE
COELIO CHIRURGIE
NEURO - CHIRURGIE
CHIRURGIE VASCULAIRE
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE
CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIE

REF DOSS, H :

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur ADLAONI

a l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

M DAOUD AL MADAWAR MABIL

et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires,

Soit la somme de :

1500,- DHS

CACHET ET SIGNATURE

DATE: 24/04/19

IDENTITE : Mr DAOUD AL MDAWAR NABIL
MEDECIN TRAITANT: Dr. GREFFT ALAMI
EXAMEN : SCANNER THORACIQUE
TECHNIQUE : Acquisitions spiralées millimétriques sans injection d'iode.

COMPTE-RENDU

PAR COMPARAISON A LA TDM DU 10/10/2017, LE CONTROLE DE CE JOUR MONTRE :

Fenêtres parenchymateuses:

- Présence au niveau du segment postéro-apical du lobe inférieur droit d'un petit nodule périphérique sous pleural arrondie de 5mm de diamètre
- Absence d'autre opacité nodulaire ou septale parenchymateuse visible.
- Absence de syndrome interstitiel.

Fenêtre médiastinale:

- Absence d'adénomégalie des différentes chaînes médiastinales visible.
- Opacification normale des gros vaisseaux du médiastin et des cavités cardiaques.
- Absence d'épanchement liquidien médiastinal.
- Absence d'épanchement pleural liquidien ou aérique.
- Absence d'épaississement pleural.
- Absence de lésion suspecte du cadre osseux.

Les coupes abdominales hautes:

- Absence d'anomalie des surrénales.

Conclusion:

- ✚ *Par comparaison à la TDM du 10/10/2017, le contrôle de ce jour montre la persistance du petit nodule du segment postéro-apical du lobe inférieur droit périphérique sous pleural de 5mm de diamètre, qui reste isolé. A surveiller si nécessaire.*
- ✚ *Absence d'autre anomalie TDM significative par ailleurs décelée à l'examen de ce jour.*

En vous remerciant de votre confiance. Confraternellement

Dr. W BENELKHADIR
MEDECIN RADIOLOGUE

ICE : 001529932000062

CITM CLINIQUE BADR
35 Rue EL ALLOUSSI Bourgogne - CASABLANCA
Tél : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 28 86
Fax : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 28 86