

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/05/2023	1	G		Docteur Rachid BOURAOUAD 175, Rue Bourguiba ICE: 0015845310 Tél: 05 22 48 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PSAD MAROC sarl 2ème Etage, 7 Linh Youssra Center Rond Point El Fenn - Casablanca ICE: 0015845310 Tél: 05 22 22 13/06 61 69 66 49	19/05/2023				1500,00 DH	

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
<img alt="Diagram				

CLINIQUE JERRADA OASIS

مصحة جرادا الوازيس

Né le : 27/02/1955



CJ020E09205017

M. JOUDANE MOHAMED

Né le : 27/02/1955



CJ020E09205017

M. JOUDANE MOHAMED

Casablanca, le

19/05/2006

Mr

Joudane

Abdel

Appareil de Nebulisation

Contadez

Centre Abdellatif KHETTAR
Pneumologie
175, Rue Bouabid - Casablanca
Tél: 05 22 19 23 75
ICF: 00158453300041

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 15/05/2020

Matricule : 8857

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom et Prénom de l'adhérent :

e-mail : joudanenad@gmail.com phones : 0661434528

Nom et Prénom du bénéficiaire :

Joudan rohamet

↳ ↳

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr El Mekki Radid

Estime que l'état de santé de Mme, Mme, M. Joudan rohamet.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

un appent de Néphrolithie à rau d'ur BPC
severe avec exacerbations fréquentes

Une hospitalisation de (approximatif)

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) :

BPC

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.



M. JOUDANE Mohammed
 8 Rue goulmime Casablanca

06 61 58 72 66

Date: 19/05/2020

Facture N°20/NB1905/198

Code Client : 2182

Code	Désignation	U	Qt	PU TTC	Total TTC	TVA %
	Beurer Nébuliseur électrique Réf: IH-21	U	1.00	1 500.00	1 500.00	20.00

Mode de règlement : Espèce

Conditions de paiement : (vide)

Echéance de paiement : 19/05/2020

Signature Patient :

Nom et prénom

PSAD MAROC sarl .
 2ème Etage N°7 Imb Youssra Center
 Rond Point d'Europe Casablanca
 ICE: 002191689000023
 Tel: 0522 22 62 13/ 0661 69 66 49



le 19/05/2020
 Arrêtez la présente facture à la somme de : Mille cinq cents MAD

Total H.T. :	1 250.00
Exo. 0.00 HT	0.00
20.00 % 1 250.00 HT	250.00
Total TTC :	1 500.00
Arrêtée la	1 500.00



M. JOUDANE Mohammed
8 Rue goulmim Casablanca

06 61 58 72 66

Date: 12/05/2020

Bon de livraison

N° 2020-219

Code Client : 2182

Code	Désignation	U	Qt	PU TTC	Total TTC	TVA %
-	Beurer Nébuliseur électrique Réf: IH-21	U	1.00	1 500.00	1 500.00	20.00

Signature Patient :

Nom et prénom

PSAD MAROC sarl.
 2ème Etage N°7 Imb Youssra Center
 Rond Point d'Europe, Casablanca
 ICE: 002191689000023
 Tel: 0522 22 62 13/ 0661 69 66 49

Total H.T. :	1 250.00	
Exo. 20.00 %	0.00 HT 1 250.00 HT	0.00 250.00
Total TTC :		1 500.00
Arrêtée la		1 500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Mille cinq cents MAD**