

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
.....	INP :
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

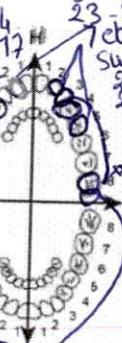
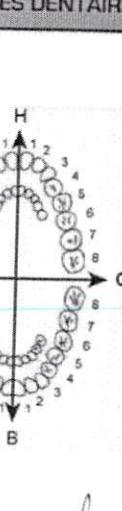
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	BP														
	14 15 16 17 26 27 12 23 25 23 26 28 29	OBT. R.C OBT. R.C OBT. R.C OBT. CX OBT. CX OBT. R.C exo exo	D 30 D 30 D 30 D 20 D 15 D 30 D 20 D 80	094163755														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX D255														
				MONTANTS DES SOINS 1760000														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
ODF PROTHESES DENTAIRES		<p>AS Sy Nill Sank</p> <p>Dr. Ilyas KRAFESS Chirurgien-Dentiste 606, Lot El Houria II, Appt 1 B.P.C. 1-17 El Houria AV Résistance, Mohammedia Email: ilyaskrafess@gmail.com</p>																
		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
		<p>MONTANTS DES SOINS</p>																
		<p>DATE DU DEVIS</p>																
		<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Dr. Ilyas KRAFESS Chirurgien-Dentiste 606, Lot El Houria II, Appt 1 AV Résistance, Mohammedia Email: ilyaskrafess@gmail.com</p>																		
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																		

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-796095

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

7929

Société :

Lamhipi abderrahim

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilyas KRAFESS

Chirurgien Dentiste

606, Lot El Hourria II, Appt 1

AV Résistance Mohammedia

Email: ilyaskrafess@gmail.com

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-796095

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-796091

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7099

Société :

Lamliji abderrahim

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilyas KRAFESS
Chirurgien Dentiste
606, Lot El Hourria II, App. 1
AV Résistance Mohammedia
Email: ilyaskrafess@gmail.com

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Seizi Del

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Authorisation CNPD N° : AA-215/2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-796091

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP N°
EXO 6g avec Alveolectomie	36 37 34 35 33 43 44 45 46 47 49	OBT. RC OBT. RC OBT. RC OBT. RC OBT. RC EXO	D30 D30 D30 D30 D30 Duo.	094163755
				COEFFICIENT DES TRAVAUX D190.
				MONTANTS DES SOINS 7160220914
				DEBUT D'EXECUTION [Redacted]
				FIN D'EXECUTION [Redacted]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX [Redacted]
		H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS [Redacted]
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS [Redacted]
				DATE DE L'EXECUTION [Redacted]
Dr. Ilvas KRAFESS Chirurgien Dentiste 606, Lot El Hounia II. Appt 1 AV Résistance Mohammmedia ilvaskrafess@gmail.com	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		



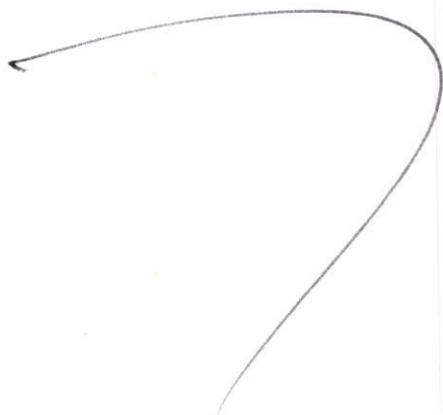
2023-03-14

DEVIS

Nom : Mr LAMLIJI MOURAD

Je soussigné Dr ILYAS KRAFESS docteur en médecine dentaire, certifie avoir examiné ce jour le 14 / 03 / 2023 **Mr LAMLIJI MOURAD** et son état a nécessite des soins et prothèses dentaire :

- Obturation à la résine composite sur la 14,15, 16,17, 26, 27, 36, 37, 34, 35, 33,43 44, 45, 46, 47, 23,25.
- Obturation canalaire sur la 12, 23,25.
- Extraction de la 24, 28, et la 29, 19,49 avec alveolectomie.
- Réalisation d'une prothèse conjointe dentaire supérieure de type inlaycore et CCM sur la 12, et Bridge CCM sur la 23,25 remplacent la 24.



Dr. Ilyas KRAFESS
Chirurgien Dentiste
606, Lot El Houria II, Appt 1
AV Résistance Mohammedia
Email: ilyaskrafess@gmail.com

•• Soins dentaires et Parodontaux - Chirurgie - Prothèse - Blanchiment - Radio - Orthodontie ••

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio après soins est obligatoire en cas de prothèse ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

 **MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W21-693742
Lamliji Abderrahim (P.F.C.)
lamlji Abderrahim@gmail.com

Autre

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **1929**

Matricule : **153595**

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : **LAMLIJI ABDEURAHIM**

Date de naissance : **01-01-1962**

Adresse : **LOT ELANDALOUS MOHAMMEDIA**

Tel : **0662042894**

Total des frais engagés : **0**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilyas KRAFESS
Chirurgien Dentiste
606 Lot El Hourayli, Appt 1
AV Résistance Mohammedia
Email: ilyaskrafess@gmail.com

Date de consultation : **LAMLIJI MOUBA**

Nom et prénom du malade : **LAMLIJI MOUBA**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Soins et Consultation Dentaire**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **0**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décrois avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Le : 16/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **AK**

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-693742

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

MUPRAS
ACCUEIL STAFF
16 MAR. 2023
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés : **0**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : 1 1 1 1 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Important

Veuillez joindre les photographies en cas de prothèses et de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'IRM.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	IN
865.1.5	11-13-15-17	14.15	ortf.l.	0.30	094163755
865.1.5	12.13.15.16	16.17	ortf.l.	0.30	DIFFICULTY DES TRAVAUX
865.1.5	23.25.	26.27	ortf.l.	0.30	0.40
865.1.5	27.29	36.37	ortf.l.	0.30	
865.1.5	28.29	34.35	ortf.l.	0.30	
865.1.5	30.31	33.43	ortf.l.	0.30	
865.1.5	31.32	44.45	ortf.l.	0.30	
865.1.5	32.33	46.47	ortf.l.	0.30	
865.1.5	33.34	48.49	ortf.l.	0.30	
865.1.5	34.35	50.51	ortf.l.	0.30	
865.1.5	35.36	52.53	ortf.l.	0.30	
865.1.5	36.37	54.55	ortf.l.	0.30	
865.1.5	37.38	56.57	ortf.l.	0.30	
865.1.5	38.39	58.59	ortf.l.	0.30	
865.1.5	39.40	60.61	ortf.l.	0.30	
865.1.5	40.41	62.63	ortf.l.	0.30	
865.1.5	41.42	64.65	ortf.l.	0.30	
865.1.5	42.43	66.67	ortf.l.	0.30	
865.1.5	43.44	68.69	ortf.l.	0.30	
865.1.5	44.45	70.71	ortf.l.	0.30	
865.1.5	45.46	72.73	ortf.l.	0.30	
865.1.5	46.47	74.75	ortf.l.	0.30	
865.1.5	47.48	76.77	ortf.l.	0.30	
865.1.5	48.49	78.79	ortf.l.	0.30	
865.1.5	49.50	80.81	ortf.l.	0.30	
865.1.5	50.51	82.83	ortf.l.	0.30	
865.1.5	51.52	84.85	ortf.l.	0.30	
865.1.5	52.53	86.87	ortf.l.	0.30	
865.1.5	53.54	88.89	ortf.l.	0.30	
865.1.5	54.55	90.91	ortf.l.	0.30	
865.1.5	55.56	92.93	ortf.l.	0.30	
865.1.5	56.57	94.95	ortf.l.	0.30	
865.1.5	57.58	96.97	ortf.l.	0.30	
865.1.5	58.59	98.99	ortf.l.	0.30	
865.1.5	59.60	100.101	ortf.l.	0.30	
865.1.5	60.61	102.103	ortf.l.	0.30	
865.1.5	61.62	104.105	ortf.l.	0.30	
865.1.5	62.63	106.107	ortf.l.	0.30	
865.1.5	63.64	108.109	ortf.l.	0.30	
865.1.5	64.65	110.111	ortf.l.	0.30	
865.1.5	65.66	112.113	ortf.l.	0.30	
865.1.5	66.67	114.115	ortf.l.	0.30	
865.1.5	67.68	116.117	ortf.l.	0.30	
865.1.5	68.69	118.119	ortf.l.	0.30	
865.1.5	69.70	120.121	ortf.l.	0.30	
865.1.5	70.71	122.123	ortf.l.	0.30	
865.1.5	71.72	124.125	ortf.l.	0.30	
865.1.5	72.73	126.127	ortf.l.	0.30	
865.1.5	73.74	128.129	ortf.l.	0.30	
865.1.5	74.75	130.131	ortf.l.	0.30	
865.1.5	75.76	132.133	ortf.l.	0.30	
865.1.5	76.77	134.135	ortf.l.	0.30	
865.1.5	77.78	136.137	ortf.l.	0.30	
865.1.5	78.79	138.139	ortf.l.	0.30	
865.1.5	79.80	140.141	ortf.l.	0.30	
865.1.5	80.81	142.143	ortf.l.	0.30	
865.1.5	81.82	144.145	ortf.l.	0.30	
865.1.5	82.83	146.147	ortf.l.	0.30	
865.1.5	83.84	148.149	ortf.l.	0.30	
865.1.5	84.85	150.151	ortf.l.	0.30	
865.1.5	85.86	152.153	ortf.l.	0.30	
865.1.5	86.87	154.155	ortf.l.	0.30	
865.1.5	87.88	156.157	ortf.l.	0.30	
865.1.5	88.89	158.159	ortf.l.	0.30	
865.1.5	89.90	160.161	ortf.l.	0.30	
865.1.5	90.91	162.163	ortf.l.	0.30	
865.1.5	91.92	164.165	ortf.l.	0.30	
865.1.5	92.93	166.167	ortf.l.	0.30	
865.1.5	93.94	168.169	ortf.l.	0.30	
865.1.5	94.95	170.171	ortf.l.	0.30	
865.1.5	95.96	172.173	ortf.l.	0.30	
865.1.5	96.97	174.175	ortf.l.	0.30	
865.1.5	97.98	176.177	ortf.l.	0.30	
865.1.5	98.99	178.179	ortf.l.	0.30	
865.1.5	99.100	180.181	ortf.l.	0.30	
865.1.5	100.101	182.183	ortf.l.	0.30	
865.1.5	101.102	184.185	ortf.l.	0.30	
865.1.5	102.103	186.187	ortf.l.	0.30	
865.1.5	103.104	188.189	ortf.l.	0.30	
865.1.5	104.105	190.191	ortf.l.	0.30	
865.1.5	105.106	192.193	ortf.l.	0.30	
865.1.5	106.107	194.195	ortf.l.	0.30	
865.1.5	107.108	196.197	ortf.l.	0.30	
865.1.5	108.109	198.199	ortf.l.	0.30	
865.1.5	109.110	200.201	ortf.l.	0.30	
865.1.5	110.111	202.203	ortf.l.	0.30	
865.1.5	111.112	204.205	ortf.l.	0.30	
865.1.5	112.113	206.207	ortf.l.	0.30	
865.1.5	113.114	208.209	ortf.l.	0.30	
865.1.5	114.115	210.211	ortf.l.	0.30	
865.1.5	115.116	212.213	ortf.l.	0.30	
865.1.5	116.117	214.215	ortf.l.	0.30	
865.1.5	117.118	216.217	ortf.l.	0.30	
865.1.5	118.119	218.219	ortf.l.	0.30	
865.1.5	119.120	220.221	ortf.l.	0.30	
865.1.5	120.121	222.223	ortf.l.	0.30	
865.1.5	121.122	224.225	ortf.l.	0.30	
865.1.5	122.123	226.227	ortf.l.	0.30	
865.1.5	123.124	228.229	ortf.l.	0.30	
865.1.5	124.125	230.231	ortf.l.	0.30	
865.1.5	125.126	232.233	ortf.l.	0.30	
865.1.5	126.127	234.235	ortf.l.	0.30	
865.1.5	127.128	236.237	ortf.l.	0.30	
865.1.5	128.129	238.239	ortf.l.	0.30	
865.1.5	129.130	240.241	ortf.l.	0.30	
865.1.5	130.131	242.243	ortf.l.	0.30	
865.1.5	131.132	244.245	ortf.l.	0.30	
865.1.5	132.133	246.247	ortf.l.	0.30	
865.1.5	133.134	248.249	ortf.l.	0.30	
865.1.5	134.135	250.251	ortf.l.	0.30	
865.1.5	135.136	252.253	ortf.l.	0.30	
865.1.5	136.137	254.255	ortf.l.	0.30	
865.1.5	137.138	256.257	ortf.l.	0.30	
865.1.5	138.139	258.259	ortf.l.	0.30	
865.1.5	139.140	260.261	ortf.l.	0.30	
865.1.5	140.141	262.263	ortf.l.	0.30	
865.1.5	141.142	264.265	ortf.l.	0.30	
865.1.5	142.143	266.267	ortf.l.	0.30	
865.1.5	143.144	268.269	ortf.l.	0.30	
865.1.5	144.145	270.271	ortf.l.	0.30	
865.1.5	145.146	272.273	ortf.l.	0.30	
865.1.5	146.147	274.275	ortf.l.	0.30	
865.1.5	147.148	276.277	ortf.l.	0.30	
865.1.5	148.149	278.279	ortf.l.	0.30	
865.1.5	149.150	280.281	ortf.l.	0.30	
865.1.5	150.151	282.283	ortf.l.	0.30	
865.1.5	151.152	284.285	ortf.l.	0.30	
865.1.5	152.153	286.287	ortf.l.	0.30	
865.1.5	153.154	288.289	ortf.l.	0.30	
865.1.5	154.155	290.291	ortf.l.	0.30	
865.1.5	155.156	292.293	ortf.l.	0.30	
865.1.5	156.157	294.295	ortf.l.	0.30	
865.1.5	157.158	296.297	ortf.l.	0.30	
865.1.5	158.159	298.299	ortf.l.	0.30	
865.1.5	159.160	300.301	ortf.l.	0.30	
865.1.5	160.161	302.303	ortf.l.	0.30	
865.1.5	161.162	304.305	ortf.l.	0.30	
865.1.5	162.163	306.307	ortf.l.	0.30	
865.1.5	163.164	308.309	ortf.l.	0.30	
865.1.5	164.165	310.311	ortf.l.	0.30	
865.1.5	165.166	312.313	ortf.l.	0.30	
865.1.5	166.167	314.315	ortf.l.	0.30	
865.1.5	167.168	316.317	ortf.l.	0.30	
865.1.5	168.169	318.319	ortf.l.	0.30	
865.1.5	169.170	320.321	ortf.l.	0.30	
865.1.5	170.171	322.323	ortf.l.	0.30	
865.1.5	171.172	324.325	ortf.l.	0.30	
865.1.5	172.173	326.327	ortf.l.	0.30	
865.1.5	173.174	328.329	ortf.l.	0.30	
865.1.5	174.175	330.331	ortf.l.	0.30	
865.1.5	175.176	332.333	ortf.l.	0.30	
865.1.5	176.177	334.335	ortf.l.	0.30	
865.1.5	177.178	336.337	ortf.l.	0.30	
865.1.5	178.179	338.339	ortf.l.	0.30	
865.1.5	179.180	340.341	ortf.l.	0.30	
865.1.5	180.181	342.343	ortf.l.	0.30	
865.1.5	181.182	344.345	ortf.l.	0.30	
865.1.5	182.183	346.347	ortf.l.	0.30	
865.1.5	183.184	348.349	ortf.l.	0.30	
865.1.5	184.185	350.351	ortf.l.	0.30	
865.1.5	185.186	352.353	ortf.l.	0.30	
865.1.5	186.187	354.355	ortf.l.	0.30	
865.1.5	187.188	356.357	ortf.l.	0.30	
865.1.5	188.189	358.359	ortf.l.	0.30	
865.1.5	189.190	360.361	ortf.l.	0.30	
865.1.5	190.191	362.363	ortf.l.	0.30	
865.1.5	191.192	364.365	ortf.l.	0.30	
865.1.5	192.193	366.367	ortf.l.	0.30	
865.1.5	193.194	368.369	ortf.l.	0.30	
865.1.5	194.195	370.371	ortf.l.	0.30	
865.1.5	195.196	372.373	ortf.l.	0.30	
865.1.5	196.197	374.375	ortf.l.	0.30	
865.1.5	197.198	376.377	ortf.l.	0.30	
865.1.5	198.199	378.379	ortf.l.	0.30	
865.1.5	199.200	380.381	ortf.l.	0.30	
865.1.5	200.201	382.383	ortf.l.	0.30	
865.1.5	201.202	384.385	ortf.l.	0.30	
865.1.5	202.203	386.387	ortf.l.	0.30	
865.1.5	203.204	388.389	ortf.l.	0.30	
865.1.5	204.205	390.391	ortf.l.	0.30	
865.1.5	205.206	392.393	ortf.l.	0.30	
865.1.5	206.207	394.395	ortf.l.	0.30	
865.1.5	207.208	396.397	ortf.l.	0.30	
865.1.5	208.209	398.399	ortf.l.	0.30	
865.1.5	209.210	400.401	ortf.l.	0.30	
865.1.5	210.211	402.403	ortf.l.	0.30	
865.1.5	211.212	404.405	ortf.l.	0.30	
865.1.5	212.213	406.407	ortf.l.	0.30	
865.1.5	213.214	408.409	ortf.l.	0.30	
865.1.5	214.215	410.411	ortf.l.	0.30	
865.1.5	215.216	412.413	ortf.l.	0.30	
865.1.5	216.217	414.415	ortf.l.	0.30	
865.1.5	217.218	416.417	ortf.l.	0.30	
865.1.5	218.219	418.419	ortf.l.	0.30	
865.1.5	219.220	420.421	ortf.l.	0.30	
865.1.5	220.221	422.423	ortf.l.	0.30	
865.1.5	221.222	424.425	ortf.l.	0.30	
865.1.5	222.223	426.427	ortf.l.	0.30	
865.1.5	223.224	428.429	ortf.l.	0.30	
865.1.5	224.225	430.431	ortf.l.	0.30	
865.1.5	225.226	43			

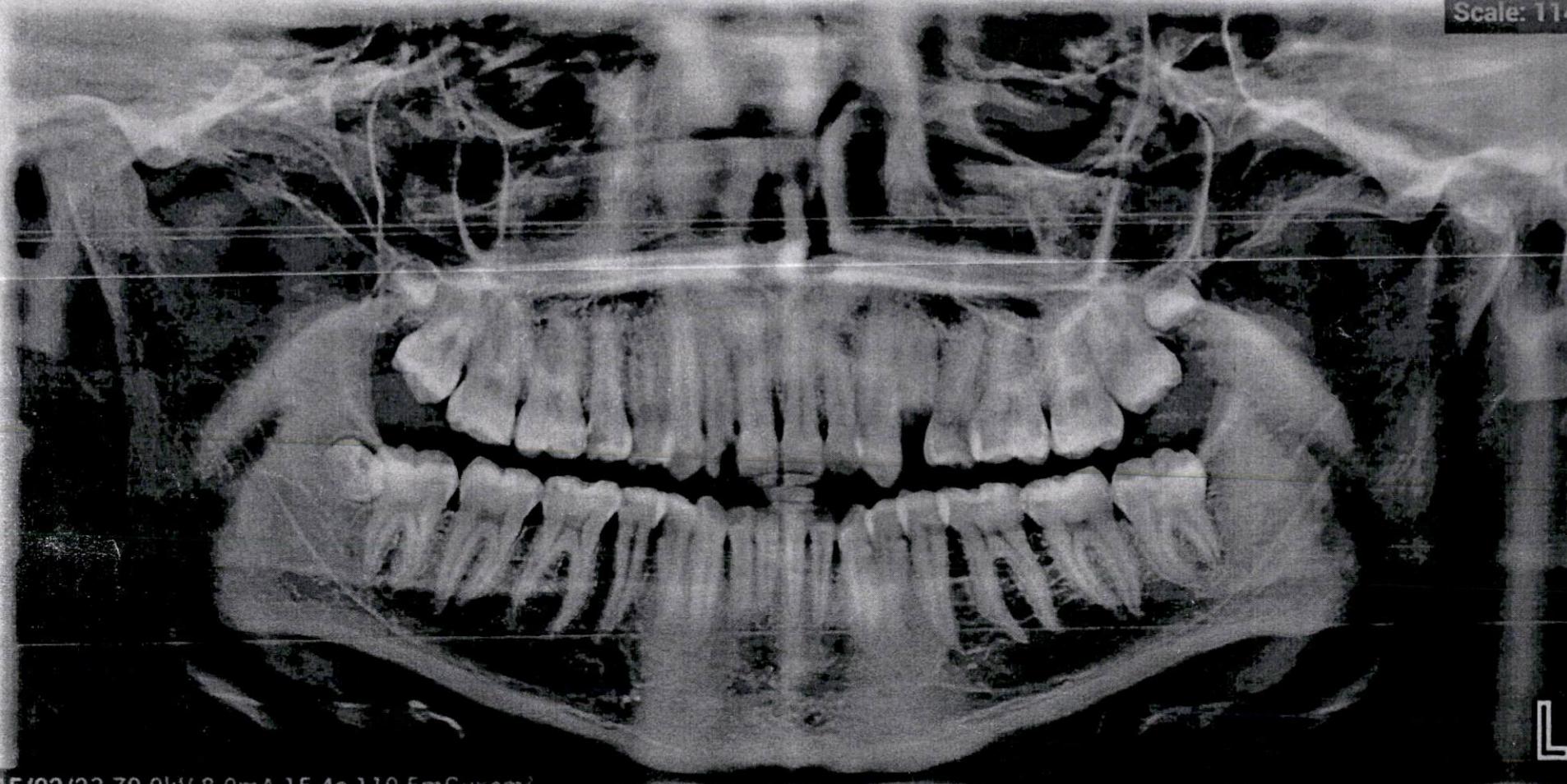
Dr. Ilyas KRAFESS
VISA ET CALCUL DE LA TAILLE DU MATERIEL POUR FAIRE LE DEVIS
Chirurgien Dentiste
606, Lot El Hourria II, Appt 1
AV Resistance Mohammedia

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LAMLIJI MOURAD
DOB 15/11/04



Scale: 114%



15/02/23 70.0kV 8.0mA 15.4s 110.5mGy×cm²