

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								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <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>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis									
				Fin de								

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

W18-142866

DATE DE DEPOT

30/05/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 00283

Nom & Prénom OLLEZZANI MOHAMED

Fonction RETRAITE Phone 0610349475

Mail

MEDICIN

Prénom du patient MOHAMED

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age 88 Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Maladie longue durée

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date 30/05/19

Montant de la facture

TOTAL
481

97,60
22,40
381,00

Pharmacie Les Palmiers
Dr. AJANA A.
7.Rue Al Antaki - Tanger
05 39 32 57 63

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV



DR. AJANA ADEL
Docteur en Pharmacie
Lauréat de l'Université
de LILLE - FRANCE

R.C :40318

Patente:50438688

T.V.A :

Tél :0539325763

Le 30/05/2019

FACTURE N°189505

ICE: 000506800000093

<CLIENT DE PASSAGE>

Quantité	Désignation	PPM	Total
1	REDLIP 20 MG CP / 30	97,60	97,60
1	ASKARDIL 75MG/30CP	22,40	22,40
1	EXFORGE 5/160/12.5 MG HCT	361,00	361,00
Total =			481,00

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Quatre-vingt Un Dirhams.