

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES												
Le praticien est prie 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	Montant des soins								
	<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		
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis									
			Fin de									
VOLET ADHERENT												
NOM: MAAROUFI JAMAL EDDINE		Mle 1690										
DECLARATION N°		W18-406464										
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes										
03.06.2019	42,50 \$	2										
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle												

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-406464	DATE DE DEPOT 03 / 06 / 2019
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1690	
Nom & Prénom MAAROUFI JAMAL EDDINE			
Fonction RETRAITE		Phones 9664171444	
Mail maaroufi.jamaleddine@gmail.com...			
MEDECIN		Prénom du patient JAMAL EDDINE	
Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐		Age 74 Ans	Date 01.04.2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires			
PHARMACIE			
Date 01/04/19		Montant de la facture 42,40	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Date :		Montant détaillé des Honoraires	
Désignation des Coefficients			
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Date :		Montant détaillé des Honoraires	
Nombre			
AM	PC	IM	IV

Compte

MUPRAS
JUN 2019
ACCUSE

PHARMACIE AL ARAAR

MME KABBAJ NAWAL

AV EL ARAAR ILOT 9 LOT 2 RIAD- RABAT

RABAT

Taxe Profes. N°: 25564315

N° R.C. : 78752

N° CNSS : 34527237

N° ID.F. : 34527237

N° ICE 000740258000078

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

MR MAAROUI JAMALEDDINE

Le : 01/04/2019

FACTURE N°: 3628/19

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	MODURETIC COMPS/30	42,40		42,40

Total : 42,40

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
QUARANTE DEUX DIRHAMS ET QUARANTE CTS

Pharmacie Al Araar
Dr. Kabbaj Nawal
Av. El Araar Hsy Ryad
Rabat
Tel : 037 71 06 27 / 05 37 5

MODURETIC® 5 mg/50 mg

Chlorhydrate dihydraté d'amiloride, hydrochlorothiazide, MSD

30 comprimés



MODURETIC® 5 mg/50 mg

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

	par comprimé
Chlorhydrate dihydraté d'amiloride	5,680 mg
Quantité correspondant à chlorhydrate d'amiloride anhydre	5,000 mg
Hydrochlorothiazide	50,000 mg

Excipients ayant un effet notoire : lactose monohydraté et laque aluminique jaune orangé S (E110).



Laboratoire Merck Sharp & Dohme
166-168 Bd Zerktouni - 20060 - Casablanca
MAROC

LOT 181155
EXP 05 2021
P.P.V. 42 40

42,40