

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin de																	

VOILET ADHERENT NOM MAAROUFI JAMAL EDDINE Mle 1690

DECLARATION N° W18-406465

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>03.06.2019</u>	<u>55,80 DHS</u>	<u>3</u>

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

Bon KAD

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

W18-406465

DATE DE DEPOT
03/06/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 1690

Nom & Prénom MAAROUFI JAMAL EDDINE

Fonction : RETRAITE Phones 0664271744

Mail maaroufi.jamaleddine@gmail.com

MEDECIN Prenom du patient JAMAL EDDINE

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age 74 ANS Date 16.04.2019

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 16/04/19

Montant de la facture 58,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Soumise

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

MAAROUFI JAMALEDDINE

Le : 16/04/2019

FACTURE N°: 3629/19

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ASPEGIC 100 SACHETS	21,80	7	21,80
1	LIPOSIC GEL OPHTA	34,00	7	34,00

TVA 7%: 3.65

Total : 55,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE CINQ DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS



LIPOSIC
Gel ophtalmique 10 g
ZENITH PHARMA
Ppv: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP



أسيجيك® 100 ملغ

أسيكلساليسيلات د.ل. ليسين

مسموح بتحضير محلول للشرب - علبة 20 كيس - جرعة

لأنه السواغات معروفة التأثير : لاكتوز

المربو قراءة النشرة قبل الاستعمال.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.

طريقة وكيفية الاستعمال : عن طريق الفم.