

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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 travaux																
				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)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique. nécessaire à la profession			Fin de																	

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM : **DAKACH**

Mle **1853**

DECLARATION N°

W18-398859

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

621,00 DHS

4 PCS

Cachet
MUPRAS

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



W18-398859

DATE DE DEPOT
...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle **1853**

Nom & Prénom **DAKACH MED NADJIB**

Fonction : Phones **05 28 22 97 92**

Mail

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age Date

Nature de la maladie Date 1ère visite

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

Signature et
cachet du
médecin

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des
honoraires

PHARMACIE

Date **24/05/19**

Montant de la facture

621,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des
Honoraires

DR. AMAL MANSOUR EDDAHBI
Secrétaire Générale - AGADIR
Tél: 05 28 22 01 45
Fax: 042007377

CACHET
MUPRAS
JUN. 2019
RECEUIL



TRIATEC® Protect® 10mg
30 Comprimés



A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
حفظ في مكان بارد وجاف / جدول أ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Ramipril

TRIATEC® Protect® 10mg

Ramipril

TRIATEC® Protect® 10mg

Ramipril

TRIATEC® Protect® 10mg

BON DE LIVRAISON N°

DESTINATAIRE

EDDAHBI
ERHIR
ddahbi
DIR
45
7

Prof. Teng/30

207.00



AL MANSOUR EDDAHBI
LANIA OUSSEHRI
Av: Al Mansour Eddahbi
Dite Dakhla - AGADIR
Tel: 05 28 22 04 45
INPE: 042004317

621.00

59

bon état

Signature

A _____ le _____