

# 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<br>Traitées                                                                                                      | Nature<br>des soins | Coefficient                                                | Coefficient des                                                          |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                                             |                                                                                                                        |                     |                                                            | <input type="text"/><br><b>Montant des soins</b><br><input type="text"/> |
|                                             |                                                                                                                        |                     |                                                            | <input type="text"/><br><b>Début d'exécution</b><br><input type="text"/> |
|                                             |                                                                                                                        |                     |                                                            | <input type="text"/><br><b>Fin d'exécution</b><br><input type="text"/>   |
|                                             |                                                                                                                        |                     |                                                            |                                                                          |
| <b>O.D.F.</b><br><b>Prothèses dentaires</b> | Détermination du coefficient<br>masticatoire                                                                           |                     | <b>Coefficient<br/>des travaux</b><br><input type="text"/> | <b>Montant des soins</b><br><input type="text"/>                         |
|                                             | H<br>25533412      21433552<br>00000000      00000000<br>D ————— G<br>00000000      00000000<br>35533411      11433553 |                     | <input type="text"/>                                       | <input type="text"/>                                                     |
|                                             | (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession                               |                     | <b>Date du devis</b><br><input type="text"/>               | <b>Fin de</b><br><input type="text"/>                                    |
|                                             |                                                                                                                        |                     |                                                            |                                                                          |
|                                             |                                                                                                                        |                     |                                                            |                                                                          |

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

W18-406187

DATE DE DEPOT

24/05/2019

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |                                   | Mle 328                            | 18 JUIN 2019     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------|
| Nom & Prénom                                      |                                   | BAHADDI Mohammed                   |                  |
| Fonction                                          |                                   | Refuse                             | Phones: 06450911 |
| Mail                                              |                                   |                                    |                  |
| MEDECIN                                           |                                   | Prénom du patient Bahaddi Mohammed |                  |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>      | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/>    | Age              |
| Nature de la maladie                              |                                   | Date                               |                  |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |                                   | Date 1ère visite                   |                  |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient               | Montant détaillé des honoraires    |                  |
| C5                                                |                                   | 05                                 |                  |
| PHARMACIE                                         |                                   | Date 24/05/19                      |                  |
| Montant de la facture                             |                                   | 10201607                           |                  |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                          |                                   | Date : 24/05/19                    |                  |
| Désignation des Coefficients                      | Montant détaillé des Honoraires   |                                    |                  |
| AUXILIAIRES MEDICAUX                              |                                   | Date :                             |                  |
| Nombre                                            |                                   | Montant détaillé des Honoraires    |                  |
| PC                                                | IM                                | IV                                 |                  |
|                                                   |                                   |                                    |                  |

DR. CHARIF CHABOU  
Professeur de Pathologie  
Tél: 06377-44480  
06377-44480

Pharmacie BAHIA  
170, Avenue Idriss Ier  
MARRAKECH  
Tél: 0537 60 52 10  
Fax: 0537 60 77 18

Pharmacie BAHIA  
170, Avenue Idriss Ier  
MARRAKECH  
Tél: 0537 60 52 10  
Fax: 0537 60 77 18



مصحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat



24 mai 2019



Mr. BAHADDI Mohammed PT140500219

255,100 x 4 = 1020,400

DUOTRAV: COLLYRE

1 goutte 1 fois par jour, les deux yeux,

صيدية بAHIA  
Pharmacie BAHIA

170, Avenue Ibn Khaldoun  
Tél: 0537 60 52 10  
Fax: 0537 60 77 10

INPE: 102013893

صيدية بAHIA  
Pharmacie BAHIA  
170, Avenue Ibn Khaldoun  
Tél: 0537 60 52 10  
Fax: 0537 60 77 10



6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Sothema Bouskoura  
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO  
PPV : 255,00 DH 407391



6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Sothema Bouskoura  
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO  
PPV : 255,00 DH 407391



6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Sothema Bouskoura  
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO  
PPV : 255,00 DH 407391

INPE :

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Med  
Professeur d'Ophthalmologie  
Tél : 06 62 26 48 13



6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution, 2,5 ml  
Sothema Bouskoura  
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF Remboursable AMO  
PPV : 255,00 DH 407391