

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 travaux <input type="text"/>												
				Montant des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>													
			Fin d'exécution <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 54876	 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	684,80db		
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			Cachet MUPRAS



P 14 / 0054876

DATE DE DEPOT

25 / 06 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8330	Signature de l'adhérent 	
Nom & Prénom		SAAD Abdelaziz		
Fonction	CDB	Phones 0661068545		
Mail		ASAAD@royalairmaroc.com		
MEDECIN		Prénom du patient SAAD Hind		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date 16/05/2019	
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Trouvaison de l'entail.				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
S			300	
PHARMACIE		Date 16/05/19	Pharmacie Oued EL Mahazine Mohamed Amine BENNANI 50, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél: 05 22 52 70 17 Email: benhani.dr@gmail.com	
Montant de la facture		84,80		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 16/05/19	CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAI 50, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél: 05 22 23 18 18 / Fax: 05 22 23 60 28	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
Voici la facture		Cachet MUPRAS		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

DIFAL®
Diclofenac sodique 25 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 24,80 DH
6 118000 190332

LOT : M0285
EXP : SEP 2021
P.P.V. : 60,00 DH

le 16/05/2017

Sur avis.

1. Difal 2mg.
2480 14x37x50

2. Voltaren gel -
6000 14x27x17
8480

Pharmacie Oued EL Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
Docteur en Pharmacie
1, Lot Oued EL Makhazine, Marj - Al-Moud - Casablanca
Tél : 05 22 29 69 17 E-mail : bennani.dre@gmail.com

Professeur MERINI M-F
Chirurgien Pédiatre
Cabinet 21, Rue Pasteur (Face Institut Pasteur)
Place Charles Nicolle
Abdelmoumen - Casablanca - Tél : 0522 29 69 16
Fax : 05 22 29 69 35



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

Le 16/05/19

SAAD HIND

Rx du joint F + I.

pas de lésion osseuse
ou articulaire

Professeur MERINT ME
Cabinet 21 Rue Pasteur (ex Institut Pasteur)
Bd Abdellmoumen - Casablanca
Fax: 05 22 29 69 35 05 22 29 69 16

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : 3648 / 2019 du 25/05/2019

Nom patient **SAAD HIND**
PAYANT

Entrée 16/05/2019

Sortie 16/05/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO F+P	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél : 0522 23 18 18 / Fax : 0522 23 50 28