

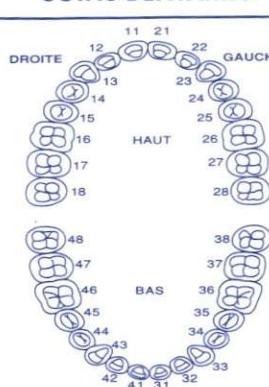
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

Coefficient des travaux

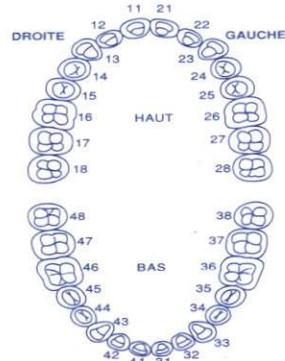
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



| | | | |
|--------|-------|--------|---|
| DROITE | 11 21 | GAUCHE | H |
| | 12 22 | | |
| | 13 23 | | |
| | 14 24 | | |
| | 15 25 | | |
| | 16 26 | | |
| | 17 27 | | |
| | 18 28 | | |
| DROITE | 29 39 | GAUCHE | G |
| | 30 40 | | |
| | 31 41 | | |
| | 32 42 | | |
| | 33 43 | | |
| | 34 44 | | |
| | 35 45 | | |
| | 36 46 | | |
| | 37 47 | | |
| | 38 48 | | |

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 14 / 0031363



Mme

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

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

P 14 / 0031363

DATE DE DEPOT

02/09/2019

12019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 6069

Nom & Prénom : Jeanne Ronyane

Fonction : Retraite

Phones : 70009992

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age :

Date 1ère visite

Nature de la maladie

A.L.

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date : 28/08/19

Montant de la facture

43,02

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

03 SEP 2019

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

PHARMACIE SARANAZ

140, LOT SMIRALDA LISSASFA BD ATLASS
CASABLANCA

CNSS : 4948024 R.C : 372877 PATENTE N°:36293239 I.F : 20762985 TEL : 0522 65.20.07 FAX : ICE : 001844768000085

CASABLANCA Le: 28/08/2019
FACTURE N°: 1

Nom & Prénom : BOUYAMOURN MARSIL

| QUANTITE | DESIGNATION | PPV | MONTANT | TVA |
|-----------------|-------------|-------|----------|--------|
| 10 | VENTOLINE | 45.30 | 453.00 | 0 |
| DONT TVA: 7 %: | 0.00 | | TOTAL : | 453.00 |
| DONT TVA: 20 %: | 0.00 | | | |
| TOTAL TVA : | 0.00 | | MT NET : | 453.00 |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
QUATRE CENT CIQUANTE TROIS Dirhams 00 Centimes

PHARMACIE SARANAZ
SARANAZ
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél : 0522 65 20 07

