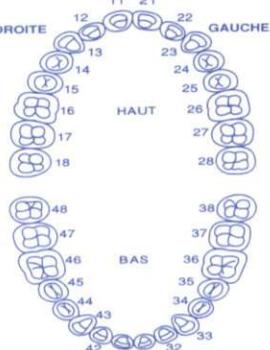
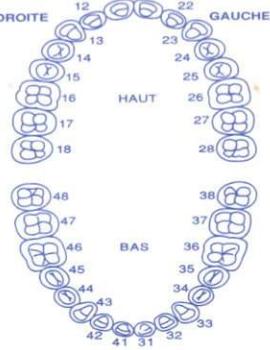


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
 DROITE HAUT BAS																					
					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires  DROITE HAUT BAS		Détermination du coefficient masticatoire																			
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				D	H	25533412	21433552			00000000	00000000	D	G	00000000	00000000			35533411	11433553
D	H	25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
D	G	00000000	00000000																		
		35533411	11433553																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																			

VOLET ADHERENT		NOM : Mle	
DECLARATION N° P 14/0021365		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
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			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 4089	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom: BenSadd Aicha			
Fonction: _____		Phones: _____	
Mail: _____			
MEDECIN	Prénom du patient: Aicha		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age: _____
Nature de la maladie: Vaccination		Date 1ère visite: 10/03/2019	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		01	Cette
PHARMACIE Montant de la facture: 10 10719		Date: 10/07/2019 225,560 4 SEP. 2019 4970	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Désignation des Coefficients		Date: 10/07/2019 ACCUEIL	
		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

ACCUEIL

CACHET

ACCUEIL

CACHET

Signature et
DR. N. DERSI
Institut Pasteur du Maroc

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
INSTITUT PASTEUR DU MAROC
VACCINATION



Institut Pasteur
du Maroc

Casablanca le,

10/07/19

Bansard acha

4975



1 / MALANIL

- 1 Comprimé la veille du voyage
 - 1 Comprimé par jour pendant la durée du séjour
 - 1 Comprimé par jour pendant 7 jours au retour



□ 2/ MOUSTISPRAY

Appliquer sans frotter, en préiligiant les jambes, le tronc et les bras.
Renouveler l'application toutes les 4 heures.



Institut Pasteur
du Maroc

معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360
Tél.: +212 (0) 522 43 44 50/ 63 - Fax : +212 (0) 522 26 09 57
Email : pasteur@pasteur.ma - Web : www.pasteur.ma
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 3634020

Date	Code client
10/07/2019	F228334

Facture : FC/MED / 2019-027007

BENSAAD AICHA

Mode de règlement : Espèces

Présentation	Quantité	Prix unitaire	Remise (%)	Prix HT
Vaccination fièvre jaune	1,00	130,84	0,00	130,84
Acte Vaccinal	1,00	4,67	0,00	4,67
Consultation généraliste + Certificat vaccinal	1	74,77	0,00	74,77
			Total HT	210,28
			Montant TVA(7%)	14,72
			Frais timbre(0,25%)	0,56
			Total TTC	225,56

IP IF:01085828

PATENTE:36340200 ICE:001594848000023



معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360
Tél.: +212 (0) 522 43 44 50/ 63 - Fax : +212 (0) 522 26 09 57
Email : pasteur@pasteur.ma - Web : www.pasteur.ma
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

Date	Code client
10/07/2019	F228334

BENSAAD AICHA

FC/MED / 2019-027007

Désignation	Quantité	Total TTC	Mode de règlement
Vaccination fièvre jaune	1,00	225,56	Espèces
Acte Vaccinal	1,00	225,56	Espèces
Consultation généraliste + Certificat vaccinal	1	225,56	Espèces