

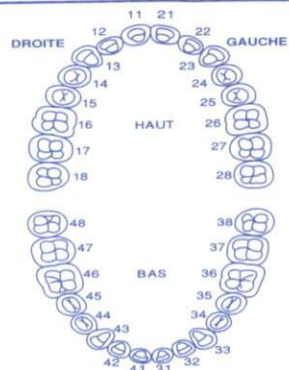
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

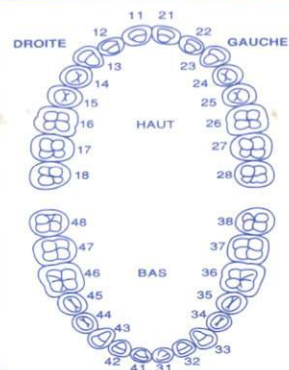
Coefficient
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

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



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

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



P 14/

21365

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 4089

Nom & Prénom Bensaad Aicha

Fonction

Phones

Mail

Signature de
l'adherent

MEDECIN

Prénom du patient

Aicha

Adhérent ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date 10/09/19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Vaccinations

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

C

01

C

PHARMACIE

Date

10/09/19

Montant de la facture

10 10719

4970



Signature et
cachet du
Dr. N. DERSI
Institut Pasteur Maroc



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des
Honoraires

CACHET



Ben said acher

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 privilégiant les jambes, le tronc et les bras.
Renouveler l'application toutes les 4 heures.





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

Préstation	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