

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553		Montant des soins	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis	
			Fin de	

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

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

W18-374084

DATE DE DEPOT

03/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1384	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Khamlitchi Mohamed	
Fonction		Retraite	
Phones		0602154442	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 29/44/974	
Date 08/08/2019		Date 1ère visite	
Nature de la maladie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cs			150,00
PHARMACIE		Date 8/8/19	
Montant de la facture		1734,10	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
FILIARES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
PC	IM	IV	

CACHET

CACHET

MUPRAS
05 SEP. 2019
ACCUEIL

وصفة
ORDONNANCE



Casablanca, le 08/10/2019

N° Faïdli Fatima

1) Janant 10/1000 gr
437.00
x3

PHARMACIE ANANI
Boulevard Soufiane
Boulevard Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 022.74.13.52

2) Dicer 60 gr
x2

3) Anrib 50 gr
80.00
x3

4) Levosthyme 100 gr
26.60
x6

5) Mycardin 100 gr
36.00
x2

1736.40

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

Dr. Hayat AHANDAR
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
INPE: 091187708

70027234/010414-1



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

70027234/010414-1



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

70027234/010414-1



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110202 0

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30

PPV : 24,40 DH

7862160334

Lo

LOT: 204
PER: MAR 2022
PPV: 80 DH 00

28 Comprimés

ANGINIB 50 mg

28 Comprimés pelliculés



LOT: 205
PER: MAR 2022
PPV: 80 DH 00

28 Comprimés

LOT: 204
PER: MAR 2022
PPV: 80 DH 00

LOT: 08019031
PER: 05-2024
PPV: 36,70 DH

Topique

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 404020	N° SEJOUR : 190028477	FACTURE N° 1902014121		DATE D'ENTREE : 08/08/2019		DATE DE SORTIE : 08/08/2019					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : FARICI, Fatima							
MALADE : FARICI, Fatima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE :
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 08/08/2019	EDITEE LE : 08/08/2019	PAR : LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
			BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI			
			N° compte bancaire :		011780000049210006006888			