

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/09/2019	C	—	120,00	Dr. Saïd Mharzi Médecin Généraliste Imm B9 N°2 Jnane Deroua Saïda 05 22 51 46 49
01/10/2019	Carie	—	9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/09/19	11560
	1/10/19	569,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B
H		H																						
25533412		21433552																						
00000000		00000000																						
D		G																						
00000000		00000000																						
35533411		11433553																						
B		B																						
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sanaa MHARZI

Diplômée de la faculté
de Médecine et Pharmacie
de Casablanca

Ex interne à l'hôpital Sekkat

Médecine Générale

Suivi de Grossesse et Diabète

ECHOGRAPHIE

الدكتورة سناء امحرزي

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى السقاط

الطب العام

متابعة الحمل وأمراض السكري

الفحص بالصدى

Date: 30/09/2013

M^{lle} MAFFRIH BRISS

84,80

30,80

1^{er} Aspegic 1000

1 sachet x 2 Jrs 2^{es} Rps

84,80

2^e Brexin 20 mg

1 cp 1^{er} Jrs Rps

115,60

Dr. Sanaa MHARZI
Médecin Généraliste

Imm B9 N°2 Jnane Deroua Saada
DEROUA - Tél: 05 22 51 46 49

عمارة B9 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة.

Imm B9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua

Tél.: 05 22 51 46 49

ASPEGIC 10
SACHETS B10
P.V.: 300H80
6 118000 061083

0

Dr. Sanaa MHARZI

Diplômée de la faculté
de Médecine et Pharmacie
de Casablanca
Ex interne à l'hôpital Sekkat
Médecine Générale
Suivi de Grossesse et Diabète
ECHOGRAPHIE

الدكتورة سناء امحرزي

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى السقاط
الطب العام
متابعة الحمل وأمراض السكري
الفحص بالصدى

Date : ٠١ / ١٠ / ٢٠١٩

M^r MOUFRUH DRISS

6 X 19.90
17 Metformine cin 1000 :

150,001 Cp x 2/5 Après déjeuner
et dîner
3 X 9 Delepride 30/25
1/5 1/5 Après déjeuner

39 Baudette Glycémie :
3 mesures 1/5

Le tout tt mis

Dr. Sanaa MHARZI
Médecin Généraliste
Imm B9 N°2 Jnane Deroua Saada
Tél.: 05 22 51 46 49

عارة B9 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة.
Imm B9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua
Tél.: 05 22 51 46 49



P.P.V : 19DH90

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

P.P.V : 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

P.P.V : 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

LOT : 9MA063
PER.: 02 2022

P.P.V : 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

LOT : 9MA062
PER.: 02 2022

P.P.V : 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

LOT : 8MA059
PER.: 11 2021

P.P.V : 19DH90



P.P.V. 150DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.

P.P.V. 150DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.

25/30
ميتفورمين / الميتفورمين

P.P.V. 150DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.



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

☒ **valable 3 mois**

Le 01 / 10 / 2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca