

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			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			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 / 0005009**



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

Cachet MUPRAS



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

P 14 / 0005009

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom **Benssalem Amina**

Fonction **353**

Phones **0539941364**

Mail

Signature de l'adhérent

Signature

MEDECIN

Prénom du patient **N-BENSSALEM Amina**

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Céphalées

Compte

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

*O2 + EEG
K16 + 50%*

(K16 + 50%)

A 300, -

PHARMACIE

Date *13-04-20*

Montant de la facture

295,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

Docteur Ahmed ZOUAKI
Cardiologue

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse (France)
Echographie doppler couleur du cœur et des vaisseaux
Epreuve d'effort - Holters tensionnel et rythmique

الدكتور أحمد الزواقي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين
خريج كلية الطب بجامعة تولوز (فرنسا)
الفحص بالأمواج ما فوق الصوتية والدوبلير بالألوان
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية المغربية

Tanger, le 13/4/2020 طنجة في

72 BENSSALEM AMINA

24,00 Anginib n
54,00
2x 80,00
160,00
Almar n
Lal n

NS
NS

3 wds

PHARMACIE TARIK

51, Bd. Mohammed V
Tél: 94.31.57 TANGER

PHARMACIE TARIK
BEN ZIAD

Bd. Mohammed V, Tanger
Tél: 05 39 94 31 57

Dr. ZOUAKI Ahmed
CARDIOLOGUE

Tél: 05 39 94 30 33
IMP: 161 142 781
ICE: 001703147000015

10 mm/mV



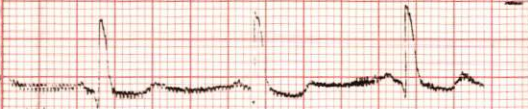
25 mm/s

2.157 026

aVR



aVL

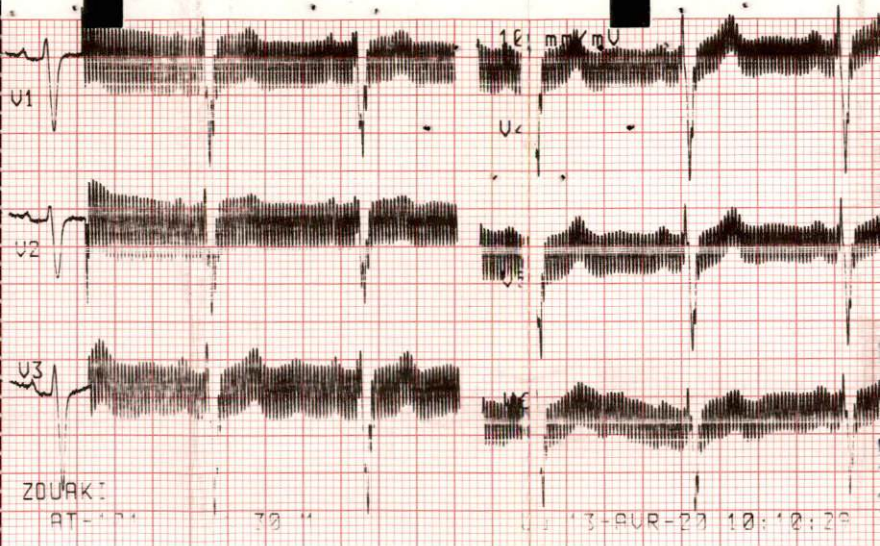


aVF



Dr

2.157 026



ANGINIB[®] 50mg

Losartan

28 Comprimés pelliculés

LOT: 220
PER: DEC 2022
PPV: 80 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

28 Comprimés pelliculés

LOT : 222
PREF : DEC 2022
PVR : 80 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

28 Comprimés pelliculés

LOT : 222
PREF : DEC 2022
PVR : 80 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

LOT: 03020001
PER: 11/2025
PPV: 27.000H

27,00

LOT: 03020001
PER: 11/2025
PPV: 27.000H

27,00

LOT: 03020001
PER: 11/2025
PPV: 27.000H

27,00

LOT: 03020001
PER: 11/2025
PPV: 27.000H

27,00

LOT: 03020001
PER: 11/2025
PPV: 27.000H

27,00