

№ M21- 1058297

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

**Autorisation CNDP N° : A-A-215//2019**



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 31/10/22        | C                 |                       | 4200 H                          |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                  | Date     | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE JANQUIER<br>Dentiste<br>10, Rue de la République - La Villette<br>75011 Paris | 31/10/22 | 946 F                 |
|                                                                                         |          |                       |
|                                                                                         |          |                       |
|                                                                                         |          |                       |
|                                                                                         |          |                       |
|                                                                                         |          |                       |
|                                                                                         |          |                       |
|                                                                                         |          |                       |
|                                                                                         |          |                       |
|                                                                                         |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

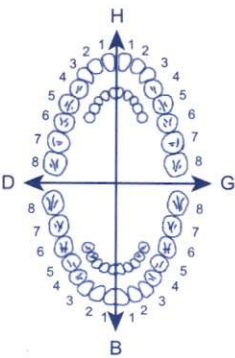
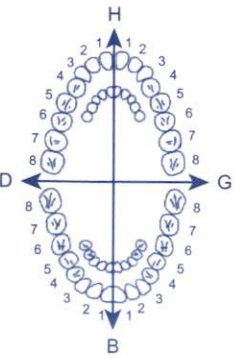
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des Soins                         | Coefficient                             |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                                                             | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                                          | H                                       |                                              | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                                        |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                              |                                          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>      |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

PHARMACIE JANQUIERE  
Halima Moustakim  
Docteur en Pharmacie  
39 Rue de l'Isère et Rue N° 2  
Quartier Bagatelle - Crêtes-Polo  
Tél : 05 22 82 11 11 - Casablanca

Casablanca, le 31/10/2021.

Docteur :

Elouardighi  
Soumia

67,9/12

① Alfixene 250

2 sel x 2 sel le soir

au milieu du repas x 10 j

1320

② Alfixic

2 sel x 2 sel

x 7 j

1310

③ Relaxol

169 mg x 2 sel

Dolice

Ap 1/2



① Esac Long

LOT 22006  
PER 05/24  
PPV 1440H50

1 gel le matin à jeun  
14h.50 dz  
x3 mo

PPV: 169DH00  
PER: 11/24  
LOT: K3174-3

LOT 22006  
PER 05/24  
PPV 1440H50

RELHAUL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V: 53DH10

6 118000 060833

6.80

PHARMACIE JANQUIERE  
Pharma Moussekim  
Rue des Amandiers La Villette  
75018 Paris France Tél: 01 40 61 60 56

Professeur JANQUIERE  
Rhumatologue  
06 18 15 51 9

LOT 22006  
PER 05/24  
PPV 1440H50

13.20

13.20

LOT: 06222008  
PER: 02/2027  
PPV: 47,90 DH

naproxene

LOT: 06222012  
PER: 07/2027  
PPV: 47,90 DH