



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

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 1373      Société : QAM

Actif       Pensionné(e)       Autre : MARARY Abdelfkhalil

Nom & Prénom : MARARY Abdelfkhalil

Date de naissance : 1950

Adresse : QTA QSD DRL

Tél. : 6.33.53.30.01      Total des frais engagés : 1360,70 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. P. Blain M.D. MIP  
Médecin Spécialisé  
N° 139  
Le 22/05/2018  
Signature : MARARY SADIA

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : MARARY SADIA Age : 60 ans

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC      Pathologie : ALD

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DK      Le : 23/02/2018

Signature de l'adhérent(e) : MARARY SADIA

Autorisation CNOP N°: AA-215 / 2019

### RELEVE 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22/02/23        | CS                |                       |                                 | Dr. Djalal MOUNIR<br>Medecine Dentaire<br>Deroua 88 09<br>INPE: 061260300<br>Date: 22/02/23<br>Montant: 1350,70 DH. |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                    |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                       | Date       | Montant de la Facture |
| PHARMACIE DEROUA<br>LOT DERWAN N° 20 O.N.A<br>05 22 51 51 90 | 22/02/2023 | 1350,70 DH.           |

### 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |

  

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                                  |                                  |   | MONTANTS DES SOINS |
|---------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|---|--------------------|
|                           | H   | 25533412<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>11433553 | G |                    |
|                           | D   | 00000000                         | 00000000                         | B |                    |
|                           |   |                                  |                                  |   |                    |
|                           |   |                                  |                                  |   |                    |
|                           |   |                                  |                                  |   |                    |
|                           |   |                                  |                                  |   |                    |
|                           |   |                                  |                                  |   |                    |
|                           |   |                                  |                                  |   |                    |
|                           |   |                                  |                                  |   |                    |

  

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                                  |                                  |   | DATE DU DEVIS |
|---------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|---|---------------|
|                           | H   | 25533412<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>11433553 | G |               |
|                           | D   | 00000000                         | 00000000                         | B |               |
|                           |   |                                  |                                  |   |               |
|                           |   |                                  |                                  |   |               |
|                           |   |                                  |                                  |   |               |
|                           |   |                                  |                                  |   |               |
|                           |   |                                  |                                  |   |               |
|                           |   |                                  |                                  |   |               |
|                           |   |                                  |                                  |   |               |

  

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                                  |                                  |   | DATE DE L'EXECUTION |
|---------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------|
|                           | H   | 25533412<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>11433553 | G |                     |
|                           | D   | 00000000                         | 00000000                         | B |                     |
|                           |   |                                  |                                  |   |                     |
|                           |   |                                  |                                  |   |                     |
|                           |   |                                  |                                  |   |                     |
|                           |   |                                  |                                  |   |                     |
|                           |   |                                  |                                  |   |                     |
|                           |   |                                  |                                  |   |                     |
|                           |   |                                  |                                  |   |                     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Dilal MOUNIR

## Médecine générale

- Echographie
- ECG
- Suivi de grossesse
- H.T.A - Diabète
- Médecine de travail



د. ظلال منير

الطب العام

- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب
- تتبع الحمل
- أمراض الضغط الدموي والسكري
- طب الشغل

Le 22/04/23

One MARY Sabra.

744,00

2) Lautus sebastien



40 - 0 - 30 x 36

571,00

2)

Noureddine fleifer



40 - 0 - 0 . x 36

35,70

3)

Kawfieh 160 g.



x 36

~~PHARMACIE MORSLI  
LOT DERWA N° 20 ONA  
0522515190~~

Dr. Dilal MOUNIR  
Médecine générale

تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول الدروة

Lot. Anajah N° 39 1er Etage - Deroua

0522514767 - 0633948809

INPE: 061260600

الهاتف: 0522514767 - 0633948809

تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول - الدروة