

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

M22- 0039132

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1489 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M^{me} FADIL Fatima
 Date de naissance : 10-09-53
 Adresse : 06 67 13 24 30
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/05/2023
 Nom et prénom du malade : FADIL Fatima Age : 1953
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection rhumatismale
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

[illegible][illegible]

10-05-23	9	1	250 (m)	
----------	---	---	---------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAR 16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida Ain Chock/Casa-022-50.75.19	10/05/23	528,50

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAR 16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida Ain Chock/Casa-022-50.75.19	10/05/23	528,50

du Fournisseur		
PHARMACIE ADDIAR 16-1 Rue Addiar Al Jeddide InChock Casa-022-50.75.19	10/05/23	528,50

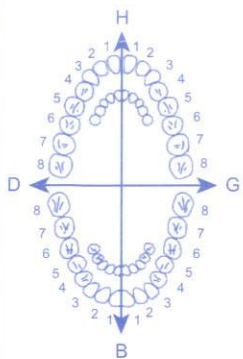
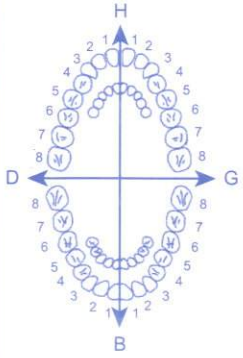
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

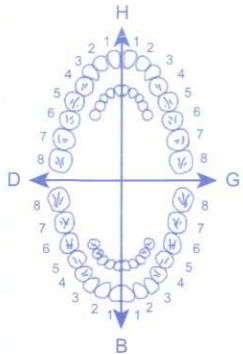
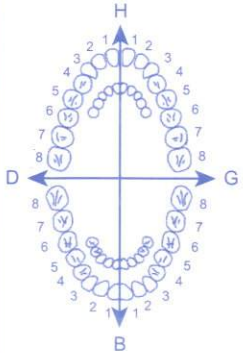
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

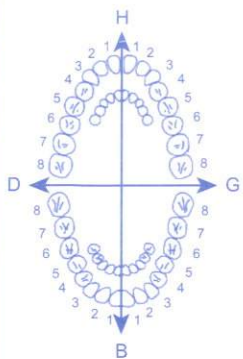
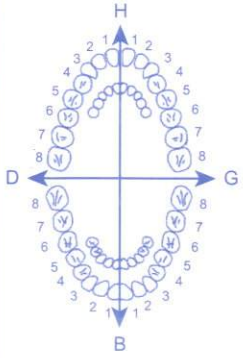
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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									
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<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">B</th> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">D G</p> <p style="text-align: center;">00000000 00000000</p> <p style="text-align: center;">35533411 11433553</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

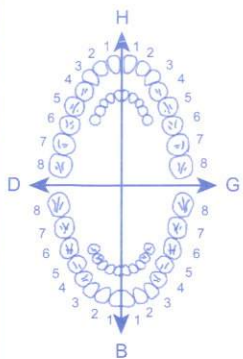
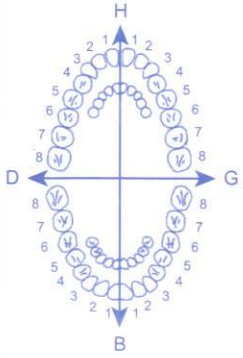
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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									
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<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">B</th> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">D G</p> <p style="text-align: center;">00000000 00000000</p> <p style="text-align: center;">35533411 11433553</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CÖEFFICIENT MASTICATOIRE		CÖEFFICIENT 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">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		<input type="text"/>	
		H											
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		B											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		G		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>					
G													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
<p>(Cröation, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thörapeutique, nöcessaire ä la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>											

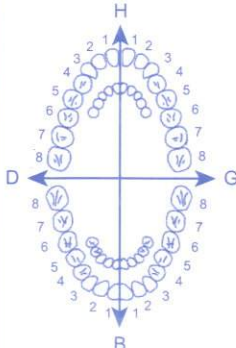
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CÖEFFICIENT MASTICATOIRE		CÖEFFICIENT DES TRAVAUX									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		<input type="text"/>	
		H											
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		B											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		G		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>					
G													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
<p>(Cröation, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thörapeutique, nöcessaire ä la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>											

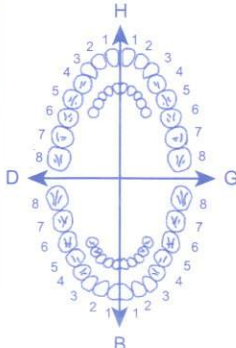
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CÖEFFICIENT MASTICATOIRE		CÖEFFICIENT DES TRAVAUX									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		<input type="text"/>	
		H											
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		B											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		G		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>					
G													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>											

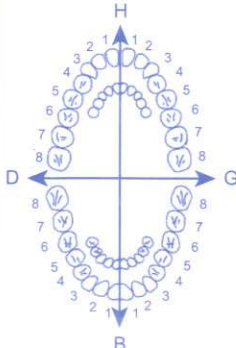
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CÖEFFICIENT MASTICATOIRE		CÖEFFICIENT DES TRAVAUX									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		<input type="text"/>	
		H											
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		B											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		G		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>					
G													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>											

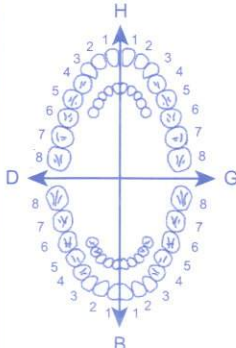
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CÖEFFICIENT MASTICATOIRE		CÖEFFICIENT DES TRAVAUX									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		<input type="text"/>	
		H											
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		B											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		G		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>					
G													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>											

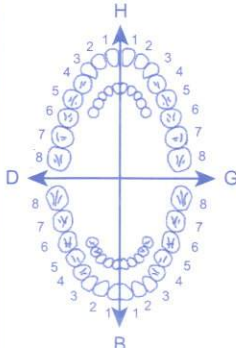
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CÖEFFICIENT MASTICATOIRE		CÖEFFICIENT DES TRAVAUX									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		<input type="text"/>	
		H											
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
		B											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		G		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>					
G													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
<p>(Cröation, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thörapeutique, nöcessaire ä la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>											

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur Mostafa MCHICH

RHUMATOLOGUE

SPECIALISTE DES MALADIES DES OS
DES ARTICULATIONS DES MUSCLES
ET DE LA COLONNE VERTEBRALE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE RENNES (FRANCE)
ANCIEN MEDECIN ATTACHE
AUX HOPITAUX DE FRANCE

الدكتور مصطفى مشيش

اختصاصي في الروماتيزم
أمراض العظام - المفاصل
والعمود الفقري

خريج كلية الطب برين (فرنسا)
طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

Meknès, le

10 MAI 2023

مكناس، في

FAGIL
Fahim

PHARMACIE ADDIAR
16-1 Rue 3 Addiar Al Jadide
InChock-Casa-022-50.75.19

الدكتور مصطفى مشيش
Dr. MOSTAFA MCHICH
RHUMATOLOGUE
6 Avenue Alal Ben Abdellah
MEKNES - Tél. 026.01.68.50

PHARMACIE ADDIAR
16-1 Rue 3 Addiar Al Jadide
InChock-Casa-022-50.75.19

6. شارع علال بن عبد الله الطابق الأول "أمام بنك المغرب" (م.ج) - مكناس
Alal Ben Abdellah 1^{er} Etage "en face Bank Al Maghrib" (V.N) - MEKNES
تلف : C. : 05 35 51 68 50 - P. : 06 61 72 14 03 : النقال
E-mail : docteur_mchich@hotmail.fr

Lot N° : 0204436
Fab : 06/2022
Per : 06/2025
PPV (Dhs) : 99,40

Bonfix 150 mg

Acide Ibuprofène, générique
1 comprimé pelliculé



6 118001 272051

Lot N° : 0202055
Fab : 02/2022
Per : 02/2025
PPV (Dhs) : 99,40

Bonfix 150 mg

Acide Ibuprofène, générique
comprimé pelliculé



6 118001 272051

Lot N° : 0200611
Fab : 01/2022
Per : 01/2025
PPV (Dhs) : 99,40

Bonfix 150 mg

Acide Ibuprofène, générique
1 comprimé pelliculé



6 118001 272051

1 قرص
مغلف

ZENITH Pharma
AMM N° 55617 DMP121/NRQ



6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

LOT 223849
EXP 11 2026
PPV 46.70 DH

ZYLORIC 100 mg

Bolles de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP121/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022268