

39480

MUPRAS - Centre d'Assistència Social - 52001 Lleida - C/Plaça de l'Església, 10 - 01001 Lleida - Tel: 05 22 20 45 15 16 - Fax: 05 22 23 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)




Le : 02 08 20

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 06/08/20 | 44,20                 |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

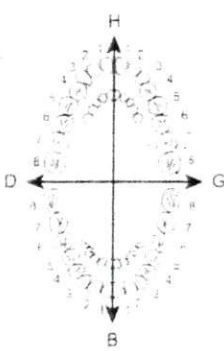
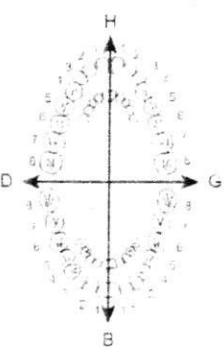
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien doit faire un bilan de l'état de la denture et de la bouche et indiquer la nature des soins.

Important :

Veuillez inscrire les radiographies en cas de prothèses ou de traitement carinaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
|--|--|------------------|-------------|---|
|       |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]<br><br>MONTANTS DES SOINS [ ]<br><br>DEBUT D'EXECUTION [ ]<br><br>FIN D'EXECUTION [ ]   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]<br><br>MONTANTS DES SOINS [ ]<br><br>DATE DU DEVIS [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br><br>DATE DE L'EXECUTION [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |
|  |  |                  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Patente N° 40718035  
Re 5079  
INPE: 062024443

صيدلية العراق  
M. ~~Dr. Yousef EL IRAKI~~  
Pharmacie EL IRAKI  
Dr. Yousef EL IRAKI  
267, Rue DAKILA - BERRECHID  
Tél: 0522 32 83 45

ABerrechid le 06/08/20

FACTURE N° 20703

| Quantité | Désignation    | Prix Unitaire | Montant |
|----------|----------------|---------------|---------|
| 02       | Rhumix 84      | 22,00         | 22,00   |
| 01       | Codoliprane cp | 22,20         | 22,20   |
| Total    |                |               | 44,20   |

Arrêter la présente facture à la  
somme de quarante quatre Dinars  
et 20 Centimes

صيدلية العراق  
Pharmacie EL IRAKI  
Dr. Yousef EL IRAKI  
267, Rue DAKILA - BERRECHID  
Tél: 0522 32 83 45

Rhumix®

Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

PPV: 22DH20

PER: 03/21

LOT: 1592