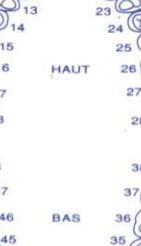
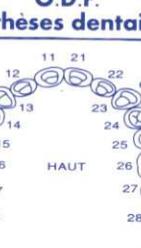


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montant des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			
	D	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis				Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :		Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0057966	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales du Royal Air Maroc
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			



P 17 / 0057966

DATE DE DEPOT
01/05/2013

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2647	 Signature de l'adhérent														
Nom & Prénom		Renee et Jeanne															
Fonction	Phones																
Mail																	
MEDECIN	Prénom du patient																
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date														
Nature de la maladie		Date 1ère visite															
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
PHARMACIE	Date																
Montant de la facture		69,60															
																	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date																	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires															
																	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM	IV														
																	

Pharmacie :

Ville :

01/8/2007
RHAREF EL TOSTAGE

Quantité

Désignation

Poêlée d'agneau 32.00
D'agneau de poêle 37.60

Arretez Papé sente facture
à la somme de
soixante-neuf dirhams et
soixante centimes.

Distribué sous licence
— LAPROPHAN S.A. —
21, rue des Oudaya
Casablanca — Maroc
PPV : 32DH00

الدوائية
PHARMACEUTICALS
T. 0524 22 46 33

MSD



PPV: 37 DH
PER: JUN 2021
LOT: 539

Diprosalic®
Pomade

6118000050186

