

Nº P19- 067404

☐ **Autres**

Matricule :

~~Société~~

☐ Actif☐ Pensionné(e)☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance

Adresse :

Tél.

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté :

Nature de la maladie

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01 Juin 2021 | 2 | | 20000 | <i>[Signature]</i> الهاتف: 0522 345 723 - 0522 311 307 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Montant de la Facture |
|--|-----------------------|
| <i>[Stamp: PHARMACIE SALAM, 430 Bd. Al Oudis, Casse, 05 22 21 13 26 / P.T. 3422]</i> 01/07/2021 | 1614.40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

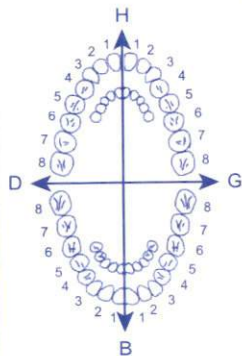
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que

SOINS DENTAIRES

**Dents
Traitées**

**Nature des
Soins**

Coefficient



**COEFFICIENT
DES TRAVAUX**

**MONTANTS
DES SOINS**

**DEBUT
D'EXECUTION**

**FIN
D'EXECUTION**

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéoline citrale 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40, 40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous

الدكتور امحمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابقا

الزيارة بالموعد



Casablanca, le **01/07/2021** الدار البيضاء في

Monsieur ESSAGHIR Mustapha

1/ DIAMICRON 60 LM CP

2 cp par jour

2/ ado 1G cp

1 cp par jour

3/ ALTEC 5 MG CP

1 cp après le repas le matin

4/ MACROMAX 500 CP

1 cp par jour pdt 3 jours

5/ MEDIBRONC Sirop Ad

1 c à s au cours du repas matin, midi et soir pdt 10 jours

6/ NARSEC SACHET

1 sachet après le repas matin et soir

7/ SYMBICORT TURBUHALER 200

2 APPLICATION par jour

8/ HEPANAT 400mg Cps

1 cp avant le repas matin, midi et soir

9/ METEOSPASYL 60mg Caps

2 capsule avant le repas matin et soir pdt 10 jours

traitement
de 03 (trois)
semaines

PHARMACIE SALAM
S. EL KHALIL
430 Bd. Al Qods in a Ain Chok
Face CHU S. Casa
Tél : 05 22 21 13 07 - 3402

الدكتور بنيس محمد
خبير محلف لدى المحاكم
الطب العام
213
الشارع 2 مارس - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 21 13 07

713, شارع 2 مارس - بين المدن - الدار البيضاء - هاتف عيادة, 05 22 21 57 23 / 05 22 21 13 07

713, Avenue 2 Mars - Bine Lamdoun - CASABLANCA - Tél.: 05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12ug par dose Pdes p inh

Flacon de 60 doses

105/14 DMP/21NRQ DUP.P.V: 297,00 DH

6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al aouam r
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12ug par dose Pdes p inh

Flacon de 60 doses

105/14 DMP/21NRQ DUP.P.V: 297,00

6 118001 020935

19,00

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.: 38,80

19,00

78,70

19,00

78,70

19,00

78,70

19,00

78,70

78,70

46,40

NARSEC® GRANUL
12 SACHE
ADULTES

PPV 24DH00

EXP 12/2022
LOT 01024 6

46,40

46,40

46,40

46,40

44,70

44,70

39,80 DH
Lot: X042A
Per: 02-2024