

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Montant de la Facture

| | |
|--|----------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | INP 09 2046754 |
| Pharmacie Oued El Makhtoum Mathematik Amine BENNANI 1, Lot Oued El Makhtoum, 10000 Casablanca Tel: 06 22 52 70 17 E-mail: benanri.d@gmail.com | |

136,60

13/1w/2w

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | $ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ | | | Coefficient des travaux |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE OUED EL MAKHAZINE

DATE

15-12-2018

CLIENT

Mr Zaytouni Nasser.

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
1.Lot Oued El Makhazine-Inara 1-Aïn Chock-Casablanca
Tel 05 22 52 70 17 E-mail: bennani.dr@gmail.com
INP 092046754

DESIGNATION

QUANTITE

PRIX
UNITAIRE

MONTANT

Amlo 5 mg/50 ml 1 136,60 136,60

facture du 24/09/2018
Cent trente six dirhams
et 60 centimes.

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
1.Lot Oued El Makhazine-Inara 1-Aïn Chock-Casablanca
Tel 05 22 52 70 17 E-mail: bennani.dr@gmail.com
INP 092046754

MONTANT TOTAL

136,60

Adresse: 1, Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca - Maroc

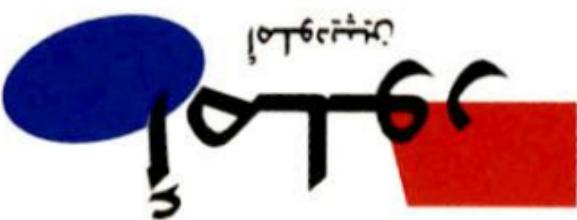
ICE: 000360180000069 - IF: 14397411 - CNSS: 9417256 - RC: 399650

Tél: 05 22 52 70 17 - Email: Bennani.dr@gmail.com - Patente: 34071420 - INP: 092046754

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

56

5mg



56 COMPRIMÉS

AMLOD[®] 5mg

UT.AV : 0 1 2 2 5

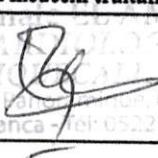
P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : GE 2046

09366130/3

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| | |
|--|--|
| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
| Nom et prénom : AKKAZENE Nohamed | |
| Matricule : | 1679 |
| N° CIN : | B69260 |
| Adresse : lotissement Zahra Rue 8 n°1 Ain Chok Casablanca | |
| Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : | Spécialité : CARDIOLOGUE |
| N° ICE : | CLINIQUE ALLAL BEN Abdellah 545, Bd Panoramique, Casablanca - Tél: 0522 20 00 80 |
| N° INPE : | 09152025 |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : NASSERA ZOUAGHI | |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie | |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : HTA légère | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitements prescrits : Amlodipine | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Casablanca le 01/02/2023 | |
| Cachet et signature du médecin traitant : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DIAMANT DU MAROC CARDIOLOGUE CLINIQUE ALLAL BEN Abdellah 545, Bd Panoramique, Casablanca - Tél: 0522 20 00 80  </div> | |

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées