

M23-0021965

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



.. Total des frais engagés : Dhs

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/01/24	95,00
	21/02/24	61,70

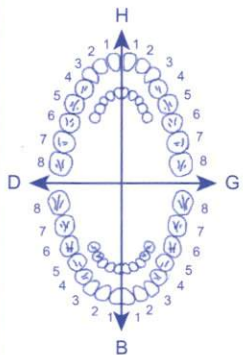
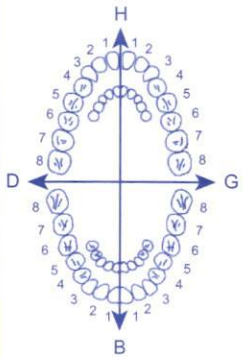
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>								
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>							
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>								
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>								
		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> 25533412 00000000 </td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> 00000000 35533411 </td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H												
25533412 00000000		21433552 00000000										
00000000 35533411		00000000 11433553										
B												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>									
			DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>									
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

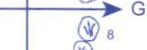
[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



- IDRISSE

Orthopédiste

Unité de Médecine de Nantes France
Niquie & Assistant au CHU de Nantes
Hôpital des Hôpitaux de Nantes
Biologie et Orthopédie Adulte et Pédiatrique
Unité Française de Chirurgie
lique

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

بسم الله

Casablanca, le :

27-1-2014

r. (Mme) :

السيد (ة) :

① Zelyane

2 x 2 x 2

① extenol

S.V

1/1 x 2

30 j

① GARROX 25

1/1 x 2

① Ser d'oleo

1/1

① Sinexin 40

DR. LATIF IDRISSE
ORTHOPÉDISE
TRAUMATO
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél : 05 22 25 23 25 / 05 22 25 23 25 / 05 22 25 23 16 / Fax : 05 22 25 25 07



Document : ☐ Bon de livraison
☐ Bon d'échange
☐ Bon de retour

N° 01219

le : 21/02/24

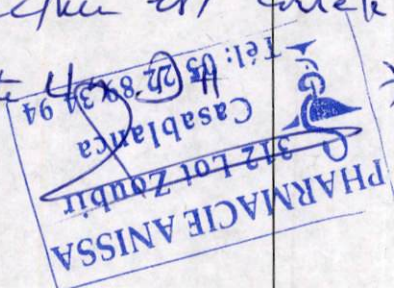
Client : M^{me} DARRAOUÏ SMITHA

Adresse : _____

Tél : _____ Fax : _____

Livreur : _____

Qté	Désignation	P. P. M	P. Total
1	Doligrippe	20,00	20,00
1	Parafenid supp	41,70	41,70
Total			61,70
Cette facture est soumise à la Somme de Soixante et une centimes			



Avance : _____

Mode de règlement : _____

Garantie : _____

Autres : _____

PPV:20DH00
PER:02/25
LOT:L762