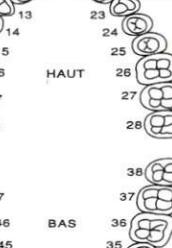
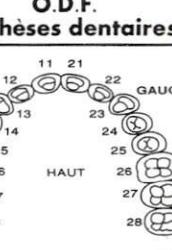


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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			Coefficient des travaux <input type="text"/>									
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">D</td> <td style="width: 40%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">H</td> <td style="width: 30%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	G	00000000	25533412	21433552	00000000	35533411	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
D	H	G											
00000000	25533412	21433552											
00000000	35533411	11433553											
				Date du devis <input type="text"/>									
				Fin d'exécution <input type="text"/>									



 MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 17 / 0057466

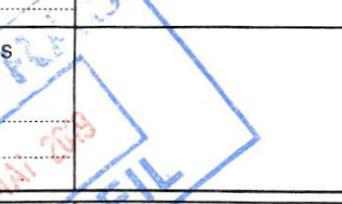
DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 487	
Nom & Prénom BЕНБАЛА Беушхайб			
Fonction Phones			
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient A. Benka		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 07/01/19	
Nature de la maladie Polydysplasie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
9		1100 DH	
PHARMACIE	Date 08/05/2019		
Montant de la facture 130 - 50			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV


 DR. CHAFIK FOUD
 MEDICINE EXPERT
 Bd Oued Oum El Farid 1003
 Tel: 0522 90 51 01


 PHARMACIE DE LA WILAYA
 ZEKRI Abdellatif
 Docteur en Pharmacie
 222 Bd Oued Moudya El Oulfa
 Casablanca Tel: 0522 90 51 13
 ICP: 001573273006053


 DR. BENKALA
 DR. A. BENKALA

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREDITON ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبير محقق لدى المحاكم

خريج جامعة مونبليي 1

الفحص بالصدى

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdellati
Docteur en Pharmacie
222 Bd Oued Molouya-El Oulfa
Casablanca Tel: 0522 90 51 13
ICE: 001573273000083

Casablanca, le : 07/05/19

BENBULCA A Sankha

41.80 x 2

- Beta pleine sp



1/2 g und
Cn V F

(Adm) =

PS 1/2 g und polt lo

Appli =

13.20 x 2

- Algik arz



200 mg / 10 ml

Dr. CHAFIK Fouad
EXPERT MEDICAL
Tél: 0522 90 51 13
Fax: 0522 90 51 65
N° 4 Oum Errabii Hay Oulfa Casablanca

30.10

- fense suppo

139.50

7705 le 2

شارع واد أم الربع - زنقة 69 رقم 4 الطابق الأول - حي الألفة - الدار البيضاء - الهاتف ع : 0522 90 51 65

Bd. Oued Oum Errabii Rue 69, N°4 - 1er étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél.: Cab. 05 22 90 51 65

30,10

LOT:18D311 EXP:12/21
PPV:13DH20

13,20

LOT 18D311 EXP:12/21
PPV:13DH20

13,20

41,150

PHARMAS
LOT :1554
UT.AV:02-22
PPV: 41DH50

41,150

PHARMAS
LOT : 554
UT.AV:02-22
PPV: 41DH50