

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																									
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553																		
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
35533411	11433553																											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																												
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Date du devis</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fin de</td> </tr> </table>					Date du devis		Fin de																					
Date du devis																												
Fin de																												
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">VOLET ADHERENT</td> <td>NOM</td> <td>Mle</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DECLARATION N°</td> <td>W18-406466</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date de Dépôt</td> <td>Montant engagé</td> <td colspan="2">Nbre de pièces Jointes</td> </tr> <tr> <td>08.06.2019</td> <td>43,90 Dhs</td> <td colspan="2">3</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</td> </tr> </table>					VOLET ADHERENT		NOM	Mle	DECLARATION N°		W18-406466		Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		08.06.2019	43,90 Dhs	3		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			
VOLET ADHERENT		NOM	Mle																									
DECLARATION N°		W18-406466																										
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																										
08.06.2019	43,90 Dhs	3																										
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																												

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-406466	DATE DE DEPOT 08/06/2019
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	1690
Nom & Prénom		MAAROUFI JAMAL EDDINE	
Fonction :		Phones	0664171744
Mail		maaroufi.jamaleddine@gmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		Age	24 Ans
Nature de la maladie		Date	30.04.2019
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date	30/04/19
Montant de la facture		43,80	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

*compte*

08 JUIN 2019  
ACCUEIL

PHARMACIE AL ARAAR

MME KABBAJ NAWAL

AV EL ARAAR ILOT 9 LOT 2 RIAD- RABAT

RABAT

Taxe Profes. N°: 25564315

N° R.C. : 78752

N° CNSS : 34527237

N° ID.F. : 34527237

N° ICE 000740258000078

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

MAAROUFI JAMALEDDINE

Le : 27/05/2019

FACTURE N°: 3630/19

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	FEBREX AD SS SACHETS	20,00	7	20,00
1	GLUCOPHAGE 850MG.30 COMPS(PM)	23,90		23,90

TVA 7%: 1.31

Total : 43,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE TROIS DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS



# FEBREX®

**Composition :**

phéniramine maléate	25 mg
paracétamol	500 mg
acide ascorbique (Vit C)	200 mg
excipients q.s.p.	un sachet.

**liste des excipients à effet notoire :** Aspartame.

**forme Pharmaceutique :** Granulés pour solution buvable.  
Boîte de 8 sachets.

**Indications thérapeutiques :**

Traitement symptomatique des :  
États grippaux  
Rhinites allergiques / rhumes  
Rhinopharyngites

**Mode et voie d'administration :** Voie orale.

réservé à l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans, 1 sachet 2 à 3  
fois par jour à dissoudre dans une quantité suffisante d'eau.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Mises en garde : lire attentivement la notice.

à conserver à une température inférieure à 25°C et à  
l'abri de l'humidité.

# FEBREX®

## Sans Sucre

## Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



## 8 Sachets de Granulés



FEBREX® Adulte Sans Sucre



6 118000 310631



**Pharmed**

Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre  
Voie Orale

PHARMED  
LOT : 6969  
UT.AV : 08-21  
PPV : 20DH00

# Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

30 Comprimés pelliculés 

Merck Serono

## Composition :

Metformine chlorhydrate.....850 mg  
Excipient : q.s.p .....un comprimé pelliculé  
Un comprimé contient 850 mg de chlorhydrate de  
metformine correspondant à 662,90 mg de metformine  
base.

## التركيب :

كلورهيبرات الميتفورمين 850 مغ  
سواغ : ك.ك. القرص واحد مغلف  
يحتوي كل قرص على 850 مغ من كلورهيبرات الميتفورمين  
ما يعادل 662,90 مغ من الميتفورمين.



**COOPER**  
PHARMA

Fabriqué par : Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri, 20 110, Casablanca

Sous licence de Merck Santé s.a.s.

Pharmacien responsable : Amina Daoudi

N° d'AMM : 139 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما  
41, زنقة محمد الديوري 20 110 الدار البيضاء  
تحت رخصة ميرك سانتيه ش. أ. م.  
الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 850mg 

30 Comprimés pelliculés



6 118000 080633

MERCK