

## 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
				Coefficient des  Montant des soins  Début d'exécution  Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient mastocatoire		Coefficient des travaux										
	D	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <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;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux  Montant des soins  Date du devis  Fin de
H	G												
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													

VOLET ADHERENT	NOM <b>MAAROOFI JAMAL EDDINE</b>	Mle <b>1690</b>
DECLARATION N°	<b>W18-406466</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>08.06.2019</b>	<b>43,90 Dhs</b>	<b>3</b>
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		



W18-406466

DATE DE DEPOT  
**08.06.2019**

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>1690</b>
Nom & Prénom <b>MAAROOFI JAMAL EDDINE</b>		
Fonction : <b>RETRAITE</b>		Phones <b>0664171744</b>
Mail <b>maaroufi.jamaleddine@gmail.com</b>		

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>JAMAL EDDINE</b>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <b>24 ANS</b>	Date <b>30.04.2019</b>
Nature de la maladie		Date 1ère visite

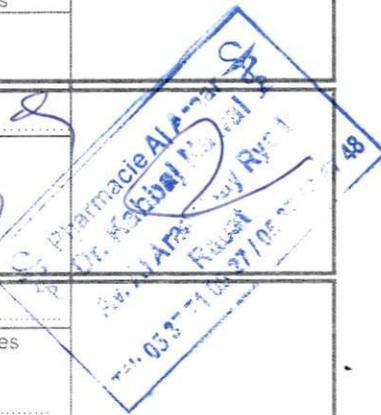
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

<b>PHARMACIE</b>	Date <b>30/04/19</b>
Montant de la facture	<b>43,90</b>

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>					Date : .....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

coulme



PHARMACIE AL ARAAR  
MME KABBAJ NAWAL  
AV EL ARAAR ILOT 9 LOT 2 RIAD- RABAT  
RABAT

MAAROUI JAMALEDINE

Taxe Profes. N°: 25564315

N° R.C. : 78752

N° CNSS : 34527237

N° ID.F. : 34527237

N° ICE 000740258000078

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

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

Pharmacie Al Araar  
Dr. Kabbaj Nawal  
Av. Al Araar Hay Ryad  
Rabat  
Tél: 05 37 71 06 27 / 05 37 56 57 48

# 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 :** Aspartam.

**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.**

**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 



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



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

