

# 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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

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

W18-398389

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 996

Nom & Prénom BOUKHARTA Fatima

Fonction : X Phones 0661326080

Mail X

MEDECIN

Prénom du patient Boukharta Fatima

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age 41 Adhère Date 10/06/2019

Nature de la maladie Maladie de longue durée Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date 26/06/2019

Montant de la facture

1620,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

ACCUEIL

PHARMACIE CLAUDE  
Route d'Al...  
Dar B...  
Tel 022 29 03 71

# PHARMACIE EL ABIDINE

Rte d'Azemmour Km 11, Dar Bouazza  
CASABLANCA

ZINE EL ABIDINE SANAA

Docteur en pharmacie

Diplôme de la faculté de

Pharmacie de MONASTIR TUNISIE

R.C : 345458 Patente : 32980415

T.V.A : C.N.S.S : 7168786

Banque : ATTIJARI OASIS 117B 000336

Tél : 05 22 29 03 71

ICE : 0004919000000037

Le 26/06/2019

FACTURE N° 727/19

M<sup>lle</sup> HOULTI Fatima

Quantité	Désignation	PPM	Total
04	Exforge HCT 160mg/320mg	361,00	1444,00
02	Tenormin 160mg/40mg	46,50	93,00
01	Tenormin 160mg/128mg	83,10	83,10
TOTAL			1620,10

Arrêté la présente Facture à la somme de:

Mille six cent vingt deux et dix centimes

1126506-A17-MA  
6118001030897  
EXFORGE HCT ○  
10mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH  
4342

1126506-A17-MA  
6118001030897  
EXFORGE HCT ○  
10mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH  
3746

1126506-A17-MA  
6118001030897  
EXFORGE HCT ○  
10mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH  
4474

1126506-A17-MA  
6118001030897  
EXFORGE HCT ○  
10mg/160mg/12.5mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 361.00 DH  
4370

46,50  
8 1 6 2 3 0

83,10  
8 1 0 0 0 9 2 1

46,50  
8 1 6 2 3 0