


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.

[illegible]

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux								
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	H									
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	D	G								
00000000 35533411	00000000 11433553									
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des soins									
	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>									
	Date du devis									
	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>									
	Fin d'exécution									
	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>									

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle
DECLARATION N°		P 14/0028750	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	

Cache
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
 Entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les
 exigés par la Mutuelle



P 14 /

28750

DATE DE DEPOT
..... / / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 4089
Nom & Prénom Bengaad Kicha		
Fonction	Phones	
Mail		

Signature de l'adhérent

MEDECIN		Prénom du patient		ZILAOU IMANE	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age		Date 27.6.19
Nature de la maladie		101		Date 1ère visite	

Eczena. Maigine d'herma.

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	
Nature des actes	Nb des Certificats non payés détaillé des honoraires
CM	150DH

PHARMACIE	Date	27/06/19
Montant de la facture		

Signature et

PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HIRIOUA LAILA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

12220

MUPRAS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	04 SEP 2019
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	ACCUEIL		
			CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



Ordonnance

Casablanca, le 27 6 19

ZILAOUI
Imane

99.70

① Labixlen 20

1 cp 4 10

3250

② Difloson
creme

1 aff x 36

Dr. JKINI Hafida
Médecin généraliste
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 05 22 74 05 93

PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HIRIQA LAILA
Rue 2 N° 1 6 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

LOT: 4519003
PER: 03-2024
PPV: 99,70 DH

LABIXTEN 20mg
30 comprimés



6 118000 230656



IBB

0, % كريم

DIPROSONE 0,05 %
crème ○



6 118000 050216

LOT: 096
PER: MAR 2021
PPV: 32 DH 50