

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte accompli 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
			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
			<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>

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

P 17/0064957

DATE DE DEPOT  
10/06/2019

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 2455	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom		DJEDI Di Farida	
Fonction	Retraitée	Phones 0626301299	
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient Farida		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1952
Nature de la maladie			Date
			Date 1ère visite

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

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	

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

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date 20.04.2019
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
				1600,00

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

# 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> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412      21433552 00000000      00000000 D      G 00000000      00000000 35533411      11433553			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction)			Date du devis
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de

Vu en l'état de praticien  
remettant le devis

Vu et cachet du praticien  
réalisant l'exécution

**VOLET ADHERENT** NOM : DJEDIDI Farida Mle 2455

DECLARATION N° W18-146558

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>10-6-19</u>	<u>300 DH</u>	<u>1 R</u>

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



W18-146558

DATE DE DEPOT

10/06/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <u>DJEDIDI Farida</u>		<u>2455</u>	
Fonction : <u>Rétirée</u>		Phones <u>06 26 30 1299</u>	Signature de l'adhérent
Mail			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <u>DJEDIDI FARIDA</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>19.52</u> Date <u>10-04-19</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>AMÉTHOMIE</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>O2</u>		<u>300,00</u>	
<b>PHARMACIE</b>		Date	
Montant de la facture			
<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

Dr. BADAONI Abdelatif  
OPHTALMOLOGISTE  
24, Rue Farhat Hachani  
Tél: 05 22 26 01 53 - 06 26 30 1299

CACHET

CACHET



**DR BADAoui ABDELLATIF**

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier  
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء  
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا  
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le 10/04/2019 في البيضاء

Madame DJEDIDI Farida

**DE PRES**

**Oeil Droit : + 2,00**

**Oeil Gauche : + 2,00**

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

Dr. BADAoui Abdellatif  
OPHTALMOLOGISTE  
27, Rue Ferhat Hachad  
Tél.: 05 22 26 61 63 - Cas.



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 - N° 27 rue Ferhat Hachad (perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi. Casablanca.

[www.drbadaouiabdellatif.com](http://www.drbadaouiabdellatif.com) - [www.casablancalaserVISION.com](http://www.casablancalaserVISION.com)



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

Facture : N° 0008034

Date : 20.04.2019

Mr : DJEDIDI FARIDA

Docteur : BADAOU ABDELLATIF

Type des Verres : ORGANIQUE AR

Monture : METAL

600,00

\* Vision de Loin :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

\* Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph +2

100,00

OG Axe Cyl Sph +2

100,00

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

Montant :

1600,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Six cent cinquante