

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                        | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nature<br>des soins | Coefficient          | Coefficient des                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|--------------------------|
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                      | <input type="text"/><br><b>Montant des soins</b><br><input type="text"/><br><b>Début d'exécution</b><br><input type="text"/><br><b>Fin d'exécution</b><br><input type="text"/> |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                      |                                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                      |                                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                      |                                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
| <b>O.D.F.<br/>Prothèses dentaires</b>                  | Détermination du coefficient masticatoire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                      | <b>Coefficient des travaux</b>                                                                                                                                                 |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
|                                                        | <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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                     |                      | H                                                                                                                                                                              |  | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | <b>Montant des soins</b> |
|                                                        | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     | G                    |                                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
|                                                        | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 21433552            |                      |                                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
|                                                        | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 00000000            |                      |                                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
| 00000000                                               | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                      |                                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
| 35533411                                               | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                      |                                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
| (Création, Remont, adjonction)                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | <b>Date du devis</b> |                                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | <b>Fin de</b>        |                                                                                                                                                                                |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                          |



W17-102103

DATE DE DEPOT

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

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                                                                                       |    |                                 | Mle 00683                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------|---------------------------------|
| Nom & Prénom <u>ABOUAD M. HAMED</u>                                                                            |    |                                 |                                 |
| Fonction : <u>Retraité</u>                                                                                     |    | Phones <u>0522 26 80 80</u>     |                                 |
| Mail .....                                                                                                     |    |                                 |                                 |
| <b>MEDECIN</b>                                                                                                 |    |                                 |                                 |
| Prénom du patient <u>BAZIB LAHILA</u>                                                                          |    |                                 |                                 |
| Adhèrent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> |    | Age <u>67 ans</u>               |                                 |
| Nature de la maladie                                                                                           |    | Date <u>30-04-19</u>            |                                 |
| Date 1ère visite                                                                                               |    |                                 |                                 |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances                                                              |    |                                 |                                 |
| Nature des actes                                                                                               |    | Nbre de Coefficient             | Montant détaillé des honoraires |
| <u>16105/2019 Refusion Fer</u>                                                                                 |    | <u>5 dose</u>                   | <u>4000,00</u>                  |
| <b>PHARMACIE</b>                                                                                               |    |                                 |                                 |
| Montant de la facture                                                                                          |    | Date .....                      |                                 |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>                                                                                |    |                                 |                                 |
| Date <u>24/05/19</u>                                                                                           |    | Montant détaillé des Honoraires |                                 |
| Désignation des Coefficients                                                                                   |    | <u>B9330</u>                    |                                 |
|                                                                                                                |    | <u>500,00 DH</u>                |                                 |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>                                                                                    |    |                                 |                                 |
| Date : .....                                                                                                   |    |                                 |                                 |
| Nombre                                                                                                         |    |                                 | Montant détaillé des Honoraires |
| AM                                                                                                             | PC | IM                              | IV                              |
|                                                                                                                |    |                                 |                                 |

DR. BENCHAKROUNE Nezha  
Centre du Rein Moulay Youssef  
INPE : 091031690

Laboratoire d'Analyses Médicales Bordes  
Dr. EJ-JENNANE Zineb  
Médecin Biologiste  
280, Bd. Bordeaux RD Bourgogne-Co  
Tel: 0522 22 30 37 - Fax: 0522 22 29 8  
171 35460318 - RC: 422030

**CENTRE DÙ REIN**

**Moulay Youssef**

**Dr Nezha BENCHAKROUNE**  
Néphrologue



**مركز الكلى**

**مولاي يوسف**

**الدكتورة نزهة بنشكرون**  
اختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم

Le 16/05/2019

**Mme BAZIB LAHILA**

- NFS
- Ferritine

**Laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux**  
Dr. EJ-JENNANE Zineb  
Médecin Biologiste  
280, Bd. Bordeaux RDC Bourgogne-Casa  
Tél : 0522 22 30 37 - Fax : 0522 22 29 62  
TP: 35460318 - RC: 422030

**CENTRE DU REIN**  
**MOULAY YOUSSEF**  
Moulay Youssef - Casablanca  
Tél : 0522 22 51 89 - Fax: 0522 29 51 89

**606, Bd Moulay Youssef Casablanca - Maroc**

**Tél : +212 5 22 22 51 89 - Tél/Fax : +212 5 22 29 51 89**

**E.mail : contact@centrerein.com - site : www.centrerein.com**

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BORDEAUX



Dr. EJ JENNANE ZINEB : Médecin Biologiste

280, Bd Bordeaux, RDC - 20040 - CASABLANCA

Tél : 0522 22 30 37 / 08 08 35 31 54 Fax : 0522 22 29 62

Site web: [www.labobordeaux.com](http://www.labobordeaux.com) Email: [laboratoirebordeaux@gmail.com](mailto:laboratoirebordeaux@gmail.com)

TP : 35460318 IF : 15269526 RC : 422030 INPE : 093061190 ICE : 000232167000019

**FACTURE N° : 190500157**

Casablanca le 24-05-2019

**Mme BAZIB Lahila**

Demande N° 1905240007

Date de l'examen : 24-05-2019

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

| CN   | Analyse            | Val  | Clefs |
|------|--------------------|------|-------|
| PS   | Prélèvement sang   | E25  | E     |
| DEPP | Déplacement        | E30  | E     |
| 0154 | Ferritine          | B250 | B     |
| 0216 | Numération formule | B80  | B     |

Total des B : 330

TOTAL DOSSIER : 500.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cents dirhams

Laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux  
Dr. EJ JENNANE Zineb  
Médecin Biologiste  
280, Bd. Bordeaux RDC Bourgogne-Casa  
Tél : 0522 22 30 37 - Fax : 0522 22 29 62  
TP: 35460318 - RC: 422030





# LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES BORDEAUX

## مختبر التحليلات الطبية بوردو

Dr. Zineb EJ JENNANE : Médecin Biologiste

Biochimie  
Bactériologie

Hématologie  
Parasitologie

Hémostase  
Mycologie

Immunologie  
Virologie

Hormonologie  
Biologie de la reproduction

LABORATOIRE BORDEAUX



Dossier : 1905240007  
Prélèvement du : 24-05-2019  
Edition : 24-05-2019

**Mme BAZIB Lahila**

Né(e) le 24-12-1951

Code Patient A160840062

Médecin Dr BENCHAKROUNE Nezha

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE (Automate SYSMEX XS-500i)

|                             |         |                  |                   |            |
|-----------------------------|---------|------------------|-------------------|------------|
|                             |         |                  |                   | 09-04-2019 |
| <b>Hématies</b>             | 4.89    | M/ $\mu$ L       | (4.00-5.20)       | 4.38       |
| <b>Hémoglobine</b>          | 12.0    | g/dL             | (12.5-15.5)       | 10.3       |
| <b>Hématocrite</b>          | 38      | %                | (37-50)           | 33         |
| <b>VGM</b>                  | 78      | fL               | (80-97)           | 76         |
| <b>TCMH</b>                 | 25      | pg               | (27-32)           | 24         |
| <b>CCMH</b>                 | 31      | g/dL             | (32-36)           | 31         |
| <b>Leucocytes</b>           | 6 910   | /mm <sup>3</sup> | (4 000-10 000)    | 6 150      |
| Polynucléaires Neutrophiles | 49.9    | %                |                   | 55.1       |
| Soit:                       | 3 448   | /mm <sup>3</sup> | (1 500-7 000)     | 3 389      |
| Lymphocytes                 | 37.8    | %                |                   | 33.3       |
| Soit:                       | 2 612   | /mm <sup>3</sup> | (1 500-4 000)     | 2 048      |
| Monocytes                   | 7.2     | %                |                   | 8.8        |
| Soit:                       | 498     | /mm <sup>3</sup> | (200-1 000)       | 541        |
| Polynucléaires Eosinophiles | 4.5     | %                |                   | 2.1        |
| Soit:                       | 311     | /mm <sup>3</sup> | (80-400)          | 129        |
| Polynucléaires Basophiles   | 0.6     | %                |                   | 0.7        |
| Soit:                       | 41      | /mm <sup>3</sup> | (0-100)           | 43         |
| <b>Plaquettes</b>           | 245 000 | /mm <sup>3</sup> | (150 000-450 000) | 339 000    |

### BIOCHIMIE SPECIALISEE

**Ferritine**

(Technique ELFA (Mini vidas))

102.99 ng/mL

(20.00-280.00)

28.22

Demande validée biologiquement par : Dr. Zineb EJ JENNANE

Signature of Dr. Zineb EJ JENNANE  
Laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux  
Dr. Zineb EJ JENNANE  
Bordeaux  
Tél : 05 22 22 30 37  
Fax : 05 22 22 29 62  
E-mail : laboratoirebordeaux@gmail.com  
Site web : www.labobordeaux.com

Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 71 45 29 04

Page : 1/1

280, Bd Bordeaux, RDC - C.P. : 20040 - Bourgogne - Casablanca / Tél.: 05 22 22 30 37 - 08 08 35 31 54

Fax.: 05 22 22 29 62 - E-mail : laboratoirebordeaux@gmail.com / Site web : www.labobordeaux.com

RGPD : 1000000 - CNSS : 4782600 - ICE : 000232167000019 - INPE : 093061190

**CENTRE DU REIN**

**Moulay Youssef**

**Dr Nezha BENCHAKROUNE**  
Néphrologue



**مركز الكلى**

**مولاي يوسف**

**الدكتورة نزهة بنشكرون**  
اختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم

**CASABLANCA LE 30/04/2019**



090062159

**Note d'honoraire**

**Mme BAZIB LAHILA**

- A bénéficié d'une hospitalisation du jour avec monitoring à **400 Dhs**
- Perfusion à **100 Dhs**
- fer simple dose à **300 Dhs**

**TOTAL: 800,00Dhs**

**Arrêtée la présente facture à la somme de huit cents dirhams.**

**DR. BENCHAKROUNE Nezha**  
Néphrologue  
Centre du Rein Moulay Youssef  
INPE : 091031620

**CENTRE DU REIN**  
**MOULAY YOUSSEF**

606, Bd. Moulay Youssef - Casablanca  
Tél: 0522 22 51 89 - Fax: 0522 29 51 89

**CEREMY SARL** au capital de 100000Dhs, affiliation CNSS N° 4646751 Patente N°  
35422655, Identifiant fiscal N° 15281921, RC N° 334917, ICE 000177460000089

**606, Bd Moulay Youssef Casablanca - Maroc**

**Tél : +212 5 22 22 51 89 - Tél/Fax : +212 5 22 29 51 89**

**E.mail : contact@centrerein.com - site : www.centrerein.com**

**CENTRE DU REIN**

**Moulay Youssef**

**Dr Nezha BENCHAKROUNE**  
Néphrologue



**مركز الكلي**

**مولاي يوسف**

**الدكتورة نزهة بنشقرون**  
اختصاصية في أمراض الكلي وتصفية الدم

**CASABLANCA LE 16/05/2019**



090062159

**Note d'honoraire**

**Mme BAZIB LAHILA**

A bénéficié d'une hospitalisation du jour avec

- monitoring à **800,00 Dhs**
- perfusion à **200,00 Dhs**
- fer double dose à **600,00 Dhs**

**TOTAL:1600,00Dhs**

**Arrêtée la présente facture à la somme de mille six cent dirhams.**

**DR. BENCHAKROUNE Nezha**  
**Néphrologue**  
**Centre du Rein Moulay Youssef**  
**INPE : 091031690**

**CENTRE DU REIN**  
**MOULAY YOUSSEF**

606, Bd. Moulay Youssef - Casablanca  
Tél: 0522 22 51 89 - Fax: 0522 29 51 89



**CASABLANCA LE 09/05/2019**



090062159

**Note d'honoraire**

**Mme BAZIB LAHILA**

A bénéficié d'une hospitalisation du jour avec

- monitoring à **800,00 Dhs**
- perfusion à **200,00 Dhs**
- fer double dose à **600,00 Dhs**

**TOTAL:1600,00Dhs**

**Arrêtée la présente facture à la somme de mille six cent dirhams.**

**DR. BENCHAKROUNE Nezha**  
**Néphrologue**  
**CENTRE DU REIN Moulay Youssef**  
**MOULAY YOUSSEF**  
**606, Bd. Moulay Youssef - Casablanca**  
**Tél: 0522 22 51 89 - Fax: 0522 29 51 89**  
**INPE: 091031690**

**CEREMY SARL** au capital de 100000Dhs, affiliation CNSS N.° 4646751 Patente N° 35422655, Identifiant fiscal N° 15281921, RC N° 334917, ICE 000177460000089



**CENTRE DU REIN**

Moulay Youssef

**Dr Nezha BENCHAKROUNE**  
Néphrologue



**مركز الكلي**  
مولاي يوسف

**الدكتورة نزهة بنشكرون**  
اختصاصية في أمراض الكلي وتصفية الدم

CASABLANCA : 16/05/2019

**RAPPORT MEDICAL**

Nous avons reçu **Mme BAZIB LAHILA** chez qui nous avons procédé à une perfusion de fer pour une ferritinémie basse, elle a reçu 5 ampoules de 100 mg faite sur 3 séances :

- Le 30/04/2019
- Le 09/05/2019
- Le 16/05/2019

La perfusion s'est déroulée sans incidents notables.

Bien cordialement

DR. BENCHAKROUNE  
N. BENCHAKROUNE  
Centre du Rein - Moulay Youssef  
INPE: 0522 22 29 51 89

CENTRE DU REIN  
MOULAY YOUSSEF  
606, Bd. Moulay Youssef - Casablanca  
Tél: 0522 22 51 89 - Fax: 0522 29 51 89