

## **SOINS ET PROTHÉSES 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 Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
BROITE	12 11 21 22 GAUCHE		I		
	13 14 23 24 1				
	15 16 25 26 2				
HAUT	17 18 27 28 3				
	19 20 29 30 4				
	41 42 31 32 33				
BAS	43 44 34 35 36				
	45 46 37 38 39				
	47 48 39 40 41				
	49 50 41 42 43				
O.D.F.	Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
BROITE	12 11 21 22 GAUCHE	H			
	13 14 23 24 1	25533412	21433552		
	15 16 25 26 2	00000000	00000000	G	
HAUT	17 18 27 28 3	00000000	00000000		
	19 20 29 30 4	35533411	11433553		
	41 42 31 32 33				
	43 44 34 35 36				
	45 46 37 38 39				
	47 48 39 40 41				
	49 50 41 42 43				
(Création, Remont, adjonction)					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Montant des soins					
Date du devis					
Fin de					



W18-402373

**DATE DE DEPO**

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	7900
Nom & Prénom ..... <i>Bernadette DRIHN</i>			
Fonction : <i>DRA</i>	Phones	<i>0661 07 03 12</i>	
Mail <i>Bernadette.DRIHN@ycline.org</i>			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Affection oculaire.</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C2</i>			<i>Dr M. BENHADDOU Chirurgien-dentiste et Hôpital Saint-Louis Tél: 05 22 88 08 08</i>
<b>PHARMACIE</b>	Date .....		
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOPHARIES</b>		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date : 05/09/2019
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
✓ 2 cont				4000 Dhs
✓ Ve + organique				15, Rue Mustapha Mansa perpendiculaire -Bd. Zerk Moussa Ibn N

# Cabinet Bidisciplinaire

## Ophtalmologie / Gynécologie - Obstétrique



Professeur Mouna BENHADDOU

الدكتورة منى بنحدو

Ex- Professeur A. à la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ophtalmologiste

إختصاصي في جراحة و أمراض العيون

Maladie et chirurgie des yeux-Ophtalmologie Pédiatrique-  
Strabisme-lentille de contact-Rétine

Consultation sur rendez-vous

Casablanca le :

03/09/2011



Professeur Noureddine MATAR

الدكتور مطار نور الدين

Professeur et Ex. Chef de service au CHU Ibn Rochd.  
Diplômé de l'Université René Descartes (Paris-France)  
et de l'Université Illinois (Chicago - USA).

Gynécologue - Obstétricien

إختصاصي في أمراض النساء و الولادة

Chirurgie et Cancérologie Gynécologique et Mammaire  
Chirurgie et Traitement de la stérilité

Consultation sur rendez-vous

الدار البيضاء في :

Dr BENHADDOU Mouna

LUNETTES POUR VISION DE LOIN:

OD : +0,75

OG : +0,75

ADDITIF POUR VISION DE PRES:

+2,25 DIA .

VERRES ORGANIQUES PROGRESSIFS ANTIREFLET  
MONTURE

Dr Mouna BENHADDOU  
Ophtalmologiste  
16, Bis Angle Bd My Youssef  
et Hassan 1er Ré. Résidence Sorour  
tel: 05 22 88 08 08

UNITED OPTICAL  
45.Rue Muscarha Manfalouti  
Perpendiculaire -Bd Zerkouni  
Parallelle Moussa Iba Nouakchott

# UNITED OPTICAL

Le : 05/09/2019

Mr. BENKIRANE Driss

Facture N°0307/2019

Quantité	Désignation	Prix TTC
1	<b><i>MONTURE</i></b>	<b>1000.00</b>
1	<b><i>VERRE OD</i></b>	<b>1500.00</b>
1	<b><i>VERRE OG</i></b>	<b>1500.00</b>
	DEUX VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLETS	
	<b>TOTAL :</b>	<b>4000 .00</b>

Patente : 33509525  
RC : 281274  
IF : 40305141  
ICE : 000427539000029  
Adresse : 1Rue Abou AL Kacem Chabi Gauthier Casablanca  
Tel /Fax : 0522270707/0661121302

UNITED OPTICAL  
45.Rue Mustapha Manfalouti  
Perpendiculaire -Bd. Zerkouni  
Parallele Moussa Ibn Nouceir  
Casablanca  
Tunisie