



| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |                                                                                                                               |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                                                |
| 23/05/12                       | C                 |                       | 200                             | Dr. Laïla BENNOUNA<br>Médecine G. Echographie<br>Nutrition<br>7, RDC Rue 17 Mly Thami Mazola<br>Caserio - Tél: 05 22 93 31 72 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                   |                      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                      | Date                 | Montant de la Facture |
| PHARMACIE NASRI<br>Dr Rachid NASRI<br>75bis, Bloc 2 Cité Communale<br>Hay Hassani-Casa<br>Tél: 022 93 28 74 | 25/05/12<br>04/06/12 | 253,10<br>425,40      |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                           |      |                              |                        |
|----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laborantin ou du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|                                                    |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                                  |                                           |                  |             |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|-------------|-----------------------------------------------|
| Le praticien est tenu de préciser le dent traité, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins                              |                                           |                  |             |                                               |
| Important :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ICOF |                                           |                  |             |                                               |
| SOINS DENTAIRES                                                                                                                 | Dents Traitées                            | Nature des Soins | Coefficient | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             | DEBUT D'EXECUTION [ ]                         |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             | FIN D'EXECUTION [ ]                           |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                                                                   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |
|                                                                                                                                 | [Creation, remont, adjonction]            |                  |             | DATE DU DEBUT [ ]                             |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             | DATE DE L'ACHEVEMENT [ ]                      |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |
|                                                                                                                                 |                                           |                  |             |                                               |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEBUT

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'ACHEVEMENT



Dr. Laïla Bennouna  
Médecine Générale - Échographie

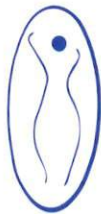
Médecine de Travail

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة لائل بنونة

الطب العام - الفحص بالصدى

طب الشغل

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخصيس الوزن بالآلات متخصصة

Casablanca le : 23/05/20

Hachimy  
Younes

145 - Homix



1 fl | 1 bo  
Nigralpine



1 gel x 3h

871 - Relaxium



1 gel le soir

253,50

PHARMACIE NASRI  
Dr. Rachid Nasri  
7, RDC Cité Comsa  
15 bis, Bouc Hassani-Cas  
Tél: 022 93 28 71  
Fax: 022 93 28 71

Dr. Laïla BENNOUNA  
Médecine Gle, Echographie  
Nutrition  
7, RDC Rue 11 Mly. Thami Mazola  
Casablanca - Tél.: 0522.93.31.72

7, الطابق السفلي، زنقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél: 0522.93.31.72

E-mail: centre.bennouna@gmail.com - ICE: 001876772000053

LOT : 200123  
UT AV: 02/2023  
PPV : 84,00DH

PPV (DH) :  
LOT N°:

LOT : 191560  
UT AV: 10/2022  
PPV: 84,00DH

PPV (DH) :  
LOT N°:

AXANT

LOT: 200068  
DLUO: 02/2023  
87,00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique

PPV: 21DH50

PER: 12/21

LOT: 12826



PPC: 145,00 DH

CADELIUS 600 mg/1000 U<sub>i</sub>  
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D<sub>3</sub>)  
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30

PPV: 128,70 Dhs



6 118001 440061

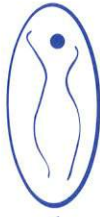
قراءة النشرة المرفقة بتمعن قبل الإستعمال

CADELIUS 600 mg/1000 U<sub>i</sub>  
Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D<sub>3</sub>)  
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30

PPV: 128,70 Dhs



6 118001 440061



Casablanca le : 04/06/20 في الدار البيضاء

Hachimy  
Yonne

Cadeleur

128,70 x 2

1cp / 2 fois matin.

- Aler 2 no 2

84,0 x 2 / 1cp le soir

425,40

Dr. Laïla BENNOUNA  
Médecine Gle. Echographie  
Nutrition  
7, Rue 11 Mly. Thami  
Casablanca - Tél.: 05 22 93