

W18-382482

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 8717

Nom & Prénom **AFFANI AMINE**

Fonction : **CDB** Phones **0661244020**

Mail **affani.amine@yahoo.fr**

MEDECIN

Prénom du patient **MAROUANE**

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒ Age **05/09/03**

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

SOINS DENTAIRES

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date **19 JUIN 2019**

Montant de la facture

ACCUEIL SIEGE RAM

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

DOCTEUR MEHDI BEN MALEK

Spécialiste en

Orthopédie Dento-Faciale

Orthodontie de l'enfant et de l'adulte

Orthodontie linguale

Diplômé de l'Université de Bordeaux

Ancien Assistant à l'Université de Bordeaux



الدكتور المهدي بن مالك

اختصاصي في

تقويم الأسنان والفكين و الوجه

تقويم للأطفال و الكبار

تقويم داخلي

خريج جامعة بوردو - فرنسا

أستاذ مساعد بجامعة بوردو سابقا

Marrakech le : 30/03/2019

l'enfant AFFANI MAROUANE

2ème Semestre de traitement multi-attaches métalliques (D90).....4500dhs



BBN D90