

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	
Docteur Chara 6, Rue Abou Zaid Ex: Rue Necken - Quartier Veloutine 20100 CASABLANCA		Docteur Chara 6, Rue Abou Zaid Ex: Rue Necken - Quartier Veloutine 20100 CASABLANCA Tel: 0522 37 10 11/12																		

VOLET ADHERENT NOM: _____ Mle: _____

DECLARATION N° **W18-388875**

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

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

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-388875

DATE DE DEPOT
...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle **8688**

Nom & Prénom **OUAHBI ABDELATIF**

Fonction: **CAB** Phones: **06612698**

Mail: _____

MEDECIN Prénom du patient **OUAHBI ISMAIL**

Adhèrent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒ Age **12ans** Date: _____

Nature de la maladie: **Soins ODF** 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: _____

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date: _____

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date: _____

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

ACCUEIL SIEGE RAM

Dr. Charafa Bennis Hamoumi
Orthodontiste

Diplômée de la faculté de Médecine de TOULOUSE

Spécialiste en ORTHOPEDIE DENTO FACIALE

Master Européen "OF DAMON"

Master Européen en Orthodontie Transparente INVISALIGN

Orthopédie du jeune enfant et de l'adolescent

Orthodontie de l'adolescent et de l'adulte

Orthodontie du senior

Casablanca le, 18/05/2019

Facture N° 75/2019

FACTURE DE SOINS D'ORTHODONTIE

OUAHBI Ismail

TRAITEMENT MULTIBAGUE AUX 2 ARCADES

3eme SEMESTRE ODF

MONTANT : 6000 DHS

SIX MILLE DIRHAMS

FACTURE ACQUITTEE



BPB Dgo
[Signature]

Dr. Charafa BENNIS

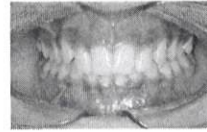
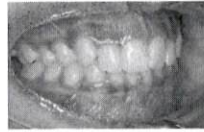


Dr. Charafa Benqis Hamoumi
Orthodontiste

Diplômée de la faculté de Médecine de TOULOUSE

Spécialiste en ORTHOPEDIE DENTO FACIALE
Master Européen "OF DAMON"
Master Européen en Orthodontie Transparente INVISALIGN
Orthopédie du jeune enfant et de l'adolescent
Orthodontie de l'adolescent et de l'adulte
Orthodontie du senior

Casablanca, le 06/03/2019



COMPTE RENDU BILAN ODF
OUAHBI Ismail

DIAGNOSTIC :

- * Motif de Consultation: dépistage orthodontique
- * Etat Général: problème rénal
- * Diagnostic:
 - ** Dentaire:
 - *** Examen de la denture:
Présence de toutes les dents permanentes , sauf les 38/48 non visibles à la panoramique
 - *** Examen des arcades:
Arcades étroites en V
 - *** Examen de l'occlusion:
malocclusion Classe II canine et molaire
Overjet : +3mm
Supracclusion incisive +4 mm
 - ** Fonctionnel: rien à signaler, bonne respiration nasale

PLAN DE TRAITEMENT PROPOSE

1// 1ère phase de traitement orthopédique:

- * Régulateur de croissance contrôlée:
 - Déverrouillage occlusal
 - Expansion transversale bilatérale
 - Plan retroincisif incliné pour l'avancée mandibulaire
- * Surveillance de l'évolution des secteurs latéraux et de la croissance mandibulaire

13/02/2018

2// 2ème phase de traitement : en denture adolescente complète : Traitement orthodontique multiattaches aux 2 arcades SYSTEME DAMON:

- * Préparation des arcades :
 - Nivellement dentaire
 - Correction du torque des canines et prémolaires
- * Mécanique Classe II et coordination des arcades en Classe I
- * Contention de longue durée aux 2 arcades et * Réévaluation des dents de sagesse à l'âge de 16 ans

Docteur Charafa BENNIS
ORTHODONTISTE
6, Rue Abou Zaid Eddaboussi
(Ex: Rue Necker) - Quartier vélodrome
20100 CASABLANCA
Tel: 0522 39 62 10 / 0522 39 62 11 / 0522 39 62 12

DR C. BENNIS

6, Rue abou Zaid Eddaboussi (Ex rue Necker) Quartier vélodrome - 20100 - Casablanca
Tel. : 0522 39 62 10 / 0522 39 62 11 / 0522 39 62 12
Email : cabinet.usmile@gmail.com