

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
<b>Montant des soins</b> annuler l'accord de 48-519 (01/07/19)				
<b>Début d'exécution</b> 01/07/19				
<b>Fin d'exécution</b> 01/07/19				

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Montant des soins</b> 2200,00
Date du devis 01-07-19		<b>Fin de</b> 01-07-19

Visa et cachet du praticien Docteur Nabila DAUDI Chir. Maxillo-faciale 44, Bd. Abdelmoumen Rue Pasquier 90000 Tlemcen Tél. 0222 23 75 75	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W18-400538	
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			



W18-400538

DATE DE DEPOT

02.12.19

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 12721	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		BENOMAR Mehdi	
Fonction :	DPL	Phones : 061150762	
Mail		MBENOMAR@royalairmaroc.com	

<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient Mehdi	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin

<b>PHARMACIE</b>	Date	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture		

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....	CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



**Dr DAOUDI Nabil**

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Implantologie & Esthétique du sourire

Lauréat de la F.M.D.C

Ex attaché de l'Université Howard **WASHINGTON** D.C

Diplôme Universitaire d'implantologie de **TOULOUSE** France

**FACTURE 0010819**

**NOM PRENOM : Mr BENOMAR MEHDI**

**DATE : 20-07-2019**

N° DENT	COTATION	DESCRIPTIF DES ACTES	PRIX
27	D180	Inlay Onlay ciramique	2200.00dh

<b>MONTANT TOTAL DES HONORAIRES</b>	<b>DEUX MILLE DEUX CENT DH</b>	<b>2200,00dhs</b>
---	--------------------------------	-------------------

18 JUL 2019  
Dr. Nabil DAOUDI

Ben  
D180  
[Signature]

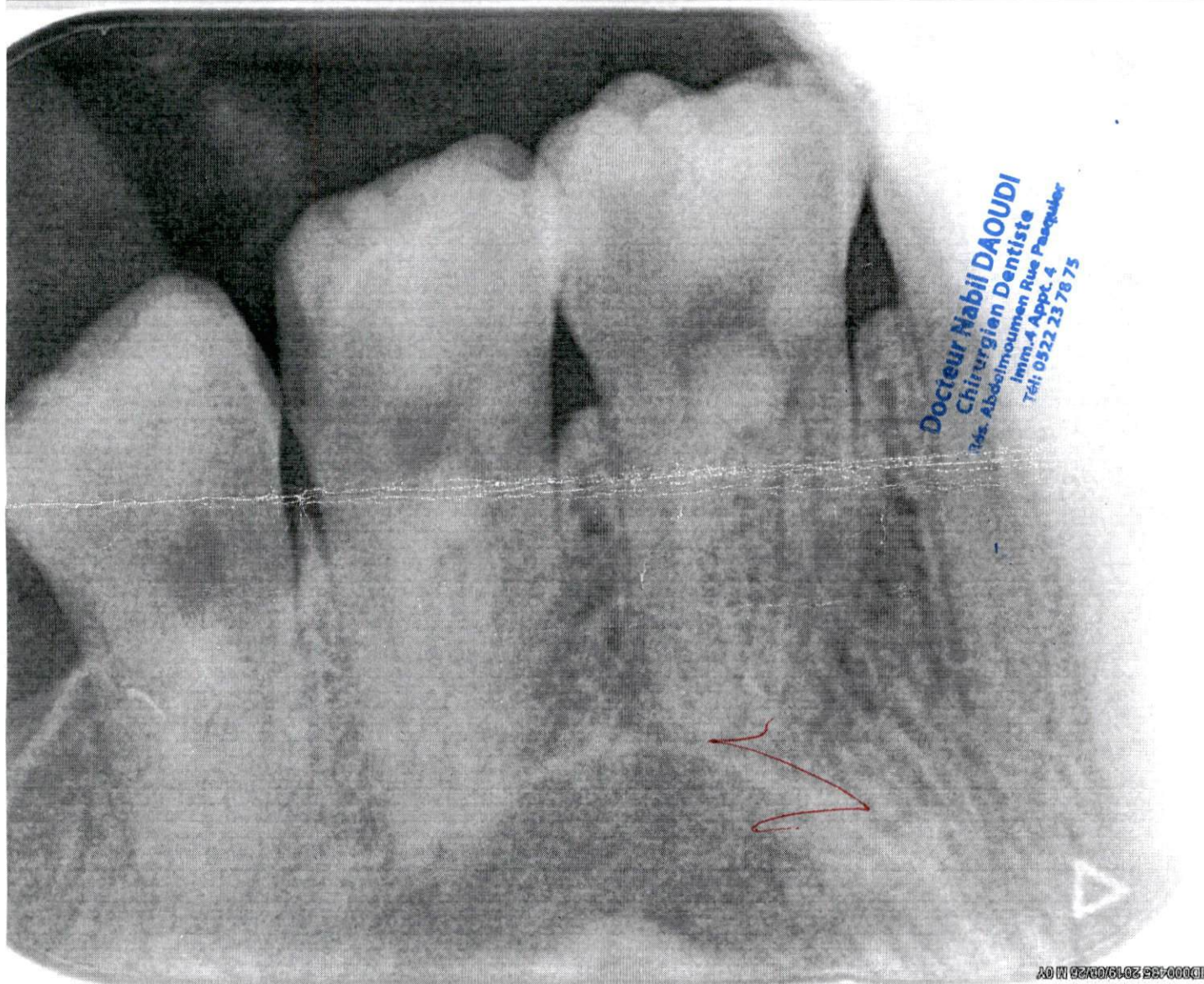
[Signature]  
Docteur Nabil DAOUDI  
Chirurgien Dentiste  
Rés. Abdelmoumen Rue Pasquier  
Imm. 4 Appt. 4  
Tél: 0522 23 78 75

236 Angle Bd Abdelmoumen et Rue Pasquier **CASABLANCA** Tel : 05 22 2378 75

**IF:42202642 ICE:002190416000056 CNSS:7047162**

cabinetdrdaoudi@gmail.com

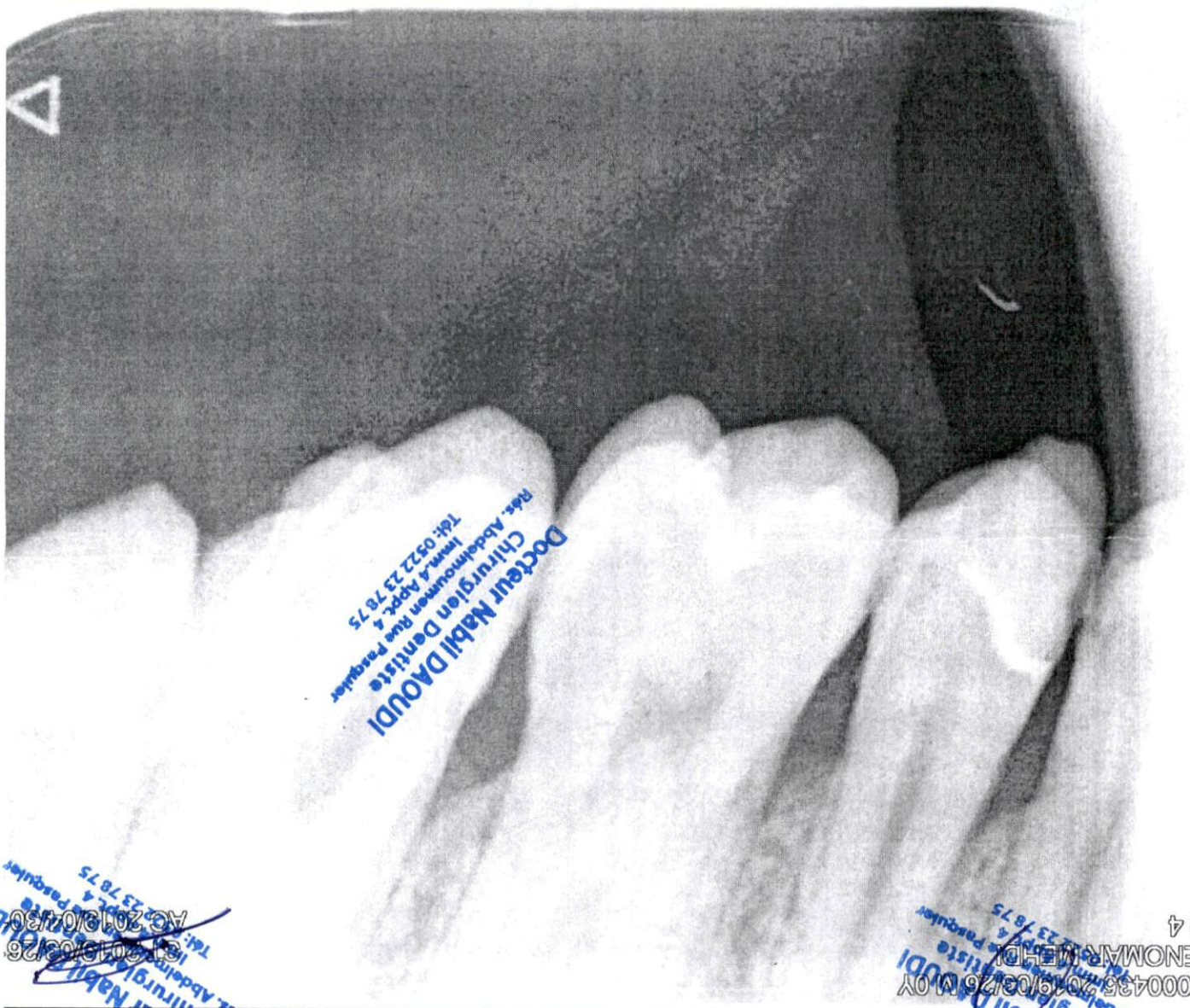
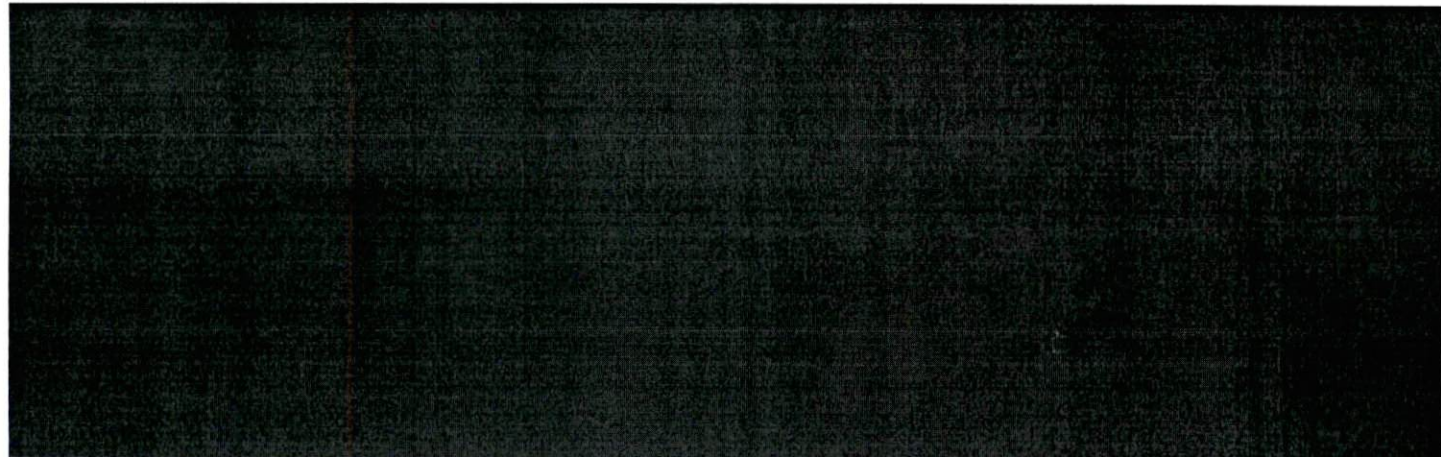




**Docteur Nabil DAOUDI**  
Chirurgien Dentiste  
Rds. Abdelmoumen Rue Paqueret  
Imm. 4 Apt. 4  
Tél: 0522 23 78 75

1000-135 2019/03/25 N 04





Docteur Nabli DAUDI  
Chirurgien Dentiste  
Imm. 4 App. 4  
Tél: 0322 23 78 75

Docteur Nabli DAUDI  
Chirurgien Dentiste  
Imm. 4 App. 4  
Tél: 0322 23 78 75  
AC 2019/04/30

IM 4  
BENOMAMMEDI  
ID000435 2019/03/26 0.00

