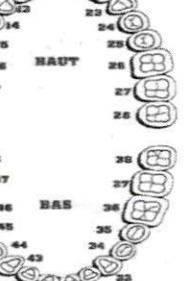
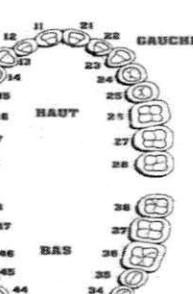


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des								
				Montant des soins								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">D</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	G			25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		Montant des soins
D	H	G										
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553										
Visa et cachet du praticien attestant le devis				Date du devis								
				Fin de								
Visa et cachet du praticien attestant l'execution												



W16-06317

DATE DE DEPOT

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

Lemette

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 4927	Signature MUPRAS l'accéption Signature de l'adhérent
Nom & Prénom AREFII SAID			
Fonction : MÉDECIN AU Point	Phones. 0661667884		
Mail SAREFII@royalairmaloc.com			
MEDECIN	Prénom du patient AREFII BASTIA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 21
Nature de la maladie		Date 04/06/19 Date 1ère visite	
 MUPRAS			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 18 JUIL 2013			
Nature des actes C3	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires ACCUEIL 3000	
PHARMACIE	Date 04/06/2019		
Montant de la facture			
289,00			

CACHET

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date : 7/06/19
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	2000,40

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
 Maladies et Chirurgie des Yeux
 Ex Professeur à la Faculté de Médecine
 et de Pharmacie de CASABLANCA
 EX Attaché à l'Institut Pasteur (France)

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibou
 El Aoudia 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

Oeil
 Icration
 de Contact
 o spatiale

TOBRADEX®
 POMMADÉ OPHTALMIQUE 
 3,5 G PPV: 54,40 DHS
 Laboratoires Sothera, Bouskoura
 A.D.S.P. Maroc N° 1562/DMP/21/NPP

6 118001 070602
 69020-3 © 2007, 2014 Novartis

6 118001 070442 
 Laboratoires Sothera Bouskoura
 Opatrianol 0,1% collyre, 5 ml
 A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
 PPV : 90,70 DHS

ARMACHE OLIVER.
 Pharmacie BENNAI
 Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 67
 NEW LIFE OPTICAL
 Opticien Optométriste
 Tel: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 67
 GSM: 06 62 23 68 63

الأستاذة لعويسى ن.

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

4-6-019

ARFii BoSma

la nette VL

cuzol me venus

09 (140° - 0125) -1

(AS) -0150 -1

140° - visuel n°G
 90° - ophtalmoflophie

AS

Dr. LAOUISSI Nadia
 Professeur en Ophtalmologie
 Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen
 Résidence Koutoubia
 Casablanca - Tel/Fax: 0522.99.46.00

AS

glasses
 - Tobradex ple
 28°/1
 76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1^{ère} Etage - Casablanca
 Tél. : 05 22.99.46.00 - 05 22 99 00 15

New Life  Optical

I.T.P: 33067379 - R.C : 381495

I.C.E : 001937766000081

 : 06.74 - 82 - 23 - 53



Group 4 N° 155 Bd
Ouqba Ibno Nafie Sidi moumen

FACTURE: 00709--

Casablanca, Le :

7/06/19

M/Mme

AL FII BASMA

N° de Nomenclature :

Docteur :

M. DAOUISSI

Monture :

optique

500,-

Verres :

rg. ANIS AR. Blok. BK. Koin.

VL :

1140-0,27-7

700,-

OD :

1150-0,26)-7

700,-

OG :

VP :

OD :

NEW LIFE OPTICAL

Opticien Optométriste

OG :

1170-0,26)-7

GSM: 06 55 28 09 65

Total :

2000,-

Arrêtée La Présente Facture à la Somme de :

duz. Mille DHS

NEW LIFE OPTICAL SARL
Opticien Optométriste
RC: 177741450000003300775
GSM: 06 55 28 09 65