

Signature de l'adhérent(e) :

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
20.02.2020	C.S.		202,00 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/02/2020	170,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/02/20					1200,00 DA

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction)																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LBAKKAL

giste

ltés de
anca

ogie des Yeux

ne - Lazer -

Lenilles de Contact



الدكتورة رشما البقال طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة كلية الطب
الدار البيضاء
جراحة المياه البيضاء [الجلالة]
القرنية المخروطية
تصحيح البصر بالليزر
زراعة العدسات
أمراض الشبكية

ORDONNANCE

20.02.20.

El ou Kheloudi El

170,00

oufouf shieldol C

2 gtt x 4 j



170,00

Dr. Rachael Bakkal
Lotissement Nabila, Makhlouf N° 334
Casablanca - Tél: 05 22 03 11 11
en Ophtalmologie
Médicin Spécialiste



Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Medecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء
جراحة المياه البيضاء [الجلالة]
القرنية المخروطية
تصحيح البصر بالليزر
زراعة العدسات
أمراض الشبكية

ORDONNANCE

20.02.20

El Oualichachi Etienne

Monture avec la correction
pour VL

- OD: $+2 (-2.5 \text{ à } 90^\circ)$
- OG: $+2.5 (-1.5 \text{ à } 90^\circ)$

ADD +3

BOURIZ OPTIQUE
Bloc (K) N° 10 - Deroua
Nouveau Spt
Tel: 022 52 24 25

20.02.20

Bouriz OPTIQUE

Bloc K, N° 10, DEROUA - Naousser

Tél : 0522 53 24 25

Patentes 55804310 / R.c 11938

ICE : 001302120000022

BOURIZ OPTIQUE
Bloc (K) N° 10 - Derooua
Naousser
Tél : 022.53.24.25

Facture 00164

ELONAKHACH FATIMA

Doit

N° de nomenclature correspondants à la prescription du	Vision de Loin	Vision de Prés	Double Foyer	Varilux
Docteur	O.D. 415 O.G. 408	O.D. 416 O.G. 409	O.D. / O.G. /	O.D. / O.G. /

Fournitures:

Monture : Plastique

2

6001

Verres : V1 ORGANIC

3000

BLANC

V1 ORGANIC BLANC

3000

BOURIZ OPTIQUE
Bloc (K) N° 10 - Derooua
Naousser
Tél : 022.53.24.25

TOTAL :

1200,000

La Présente facture arrêtée à la somme de :

Mille deux cent