

SOINS ET PROTHES 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 															
			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></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	00000000		21433552	00000000	D 00000000	35533411		00000000	11433553	Montant des soins
	H			G														
	25533412	00000000		21433552	00000000													
D 00000000	35533411		00000000	11433553														
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis 																
		Fin d'exécution 																
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 1265	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			AZIZI MOUSSA	
Fonction		RETARITE	Phones 0632 238263	
Mail			mazizi51@hotmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient		
Adhérent ☒		Conjoint ☐	Enfant ☐	Age
Nature de la maladie		Date		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite		
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date	Signature et cachet du Pharmacien	
Montant de la facture		MUPRAS 22 AVR. 2019 ACCUEIL		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	Signature et cachet du Praticien	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	18 FEV. 2019 CACHET COMPLET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
IM	PC	IM	IV	559.98

OPTI-CLUB

Mélissa B.Goyer Opticienne Inc.

DATE DE FACTURE / INVOICE DATE 2/12/19
No DE FACTURE / INVOICE NO. 06875850 2019

No PROFIL / PROFILE NO. 00027342285

No MEMBRE / MEMBER NO. 111855418996

SERVICE D'OPTIQUE / OPTICAL DEPT.
505 LAVAL
2999 AUTOROUTE LAVAL 440
LAVAL, QC H7P 5P4
450 681-0806

PATIENT
AZIZI, MOUSSA
3081 RUE EDOUARD-MONTPETIT APP
LAVAL, QC H7T 2K8
514 652-6805

** REMIS P. **

DOCTEUR / DOCTOR Dre Cormier	Rx DATE 2/12/19	Rx EXP. 2/12/21	OPTICIEN / OPTICIAN BRC	ÉTUI / CASE
LUNETTES / EYEGLASSES				
DIST.	SPHERE	CYL.	AXE / AXIS	
D/R	+1.500	-2.000	90	
G/L	+1.500	-1.500	80	
ADD	ADD	SEG.	PD DIST./DIST. PD	
D/R	2.50	22.0	29.0	
G/L	2.50	22.0	30.0	
INSTRUCTIONS SPÉCIALES / SPECIAL INSTRUCTIONS				
AVISE GARANTI PROMO20.00				
Source montu FOURNI				
QUANT. / ARTICLE / QTY ITEM	DESCRIPTION		PRIX UNI. / UNIT PRICE	PRIX GLOB. / EXTENSION
1 593325	Rayban 5228 Fup 15/51 2012 53-17-140		169.99	169.99
1 1149331	Trans7 167freedom3.0droit Brun Avec Anti-reflet		389.99	389.99
4120	Appliquer Depot Optique			1119.96-
TOTAL:				559.98
SOLDE Dû:				559.98-

IMPRESSION / SLIP PRINT



Ident. de Caisse



PATIENT

OPTI-CLUB

Mélissa B.Goyer Opticienne Inc.



DATE DE FACTURE / INVOICE DATE 2/12/19
No DE FACTURE / INVOICE NO. 06875850 2019

No PROFIL / PROFILE NO. 00027342285

No MEMBRE / MEMBER NO. 111855418996

SERVICE D'OPTIQUE / OPTICAL DEPT.
505 LAVAL
2999 AUTOROUTE LAVAL 440
LAVAL, QC H7P 5P4
450 681-0806

PATIENT
AZIZI, MOUSSA
3081 RUE EDOUARD-MONTPETIT APP
LAVAL, QC H7T 2K8
514 652-6805

** ACOMPTE **

DOCTEUR / DOCTOR Dre Cormier	Rx DATE 2/12/19	Rx EXP. 2/12/21	OPTICIEN / OPTICIAN BRC	ÉTUI / CASE
LUNETTES / EYEGLASSES				
DIST.	SPHERE	CYL.	AXE / AXIS	
D/R	+1.500	-2.000	90	
G/L	+1.500	-1.500	80	
ADD	ADD	SEG.	PD DIST./DIST.	PD
D/R	2.50	22.0	29.0	
G/L	2.50	22.0	30.0	
INSTRUCTIONS SPÉCIALES / SPECIAL INSTRUCTIONS				
AVISE GARANTI PROMO20.00				
Source montu FOURNI				
QUANT. / ARTICLE / QTY ITEM	DESCRIPTION		PRIX UNI. / UNIT PRICE	PRIX GLOB. / EXTENSION
1	Rayban 5228 Fup 15/51 2012 53-17-140		169.99	169.99
1	Trans7 167freedom3.0droit Brun Avec Anti-reflet		389.99	389.99
4116	Encaisse Depot Optique			559.98-
TOTAL:			559.98	
SOLDE Dû:				

IMPRESSION / SLIP PRINT

Ident. de Caisse



9100211540436019

PATIENT

- ☐ DR. ARLETTE CIHANYAN, O.D. - Lic.: 321611
☒ DR. ANDRÉANNE CORMIER, O.D. - Lic.: 390011
☐ DR. BENOIT DALLAIRE, O.D. - Lic.: 395002
☐ DR. NORA DONABEDIAN, O.D. - Lic.: 385010
☐ DR. ELIANE FAZAA, O.D. - Lic.: 321712
☐ DR. IOANNA PAPATHANASIOU, O.D. - Lic.: 320932
☐ DR. ANGELA SUN, O.D. - Lic.: 320940
☐ DR.

OPTOMÉTRISTES

2999 AUTOROUTE 440
LAVAL (QC) H7P 5P4

TÉL.: (450) 681-0806

Nom Moussa Azizi

Adresse

Date 2019. 2. 12 Date nais.: 1951. 1. 1

R

OD +1.50 - 2.00 x 90 20/30
 OS +1.50 - 1.50 x 80 20/25 +

ODD 2.50 20

Validité : 2 ans

Amir

001-093-0

SE D'ACHAT
TOTAL

\$20.00

Interac

A0000002771010

F9B26654668439E4

0080008000-E800

2628D0EF0938C868

APPROUVEE

NO AUTOR 0193CF 00-001

MERCI

COPIE DU TITULAIRE

MELISSA GOYER OPT W505
2999 LAVAL AUTOROUTE
OUES

LAVAL

QC

CARTE5002359951*****

TYPE CARTE INTERAC

TYPE COMPTE EPARGNE

DATE 2019/02/12

HEURE 5800 15:05:22

NO FACTURE 687585

NUMERO DU RECU

C84008822-001-001-091-0

ACHAT

TOTAL

\$559.98

Interac

A0000002771010

6B882D955B55D20D

0080008000-E800

DB08D0E2EFB81464

APPROUVEE

NO AUTOR 9588BF 00-001

MERCI

! COPIE DU TITULAIRE