

# 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													
				<b>Coefficient des travaux</b>												
				<b>Montant des soins</b>												
				<b>Début d'exécution</b>												
				<b>Fin d'exécution</b>												
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D 00000000	00000000	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b>
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
D 00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>													
			<b>Fin d'exécution</b>													

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 2663	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom			A. Basserhane		
Fonction		Phones			
Mail					
MEDECIN	Prénom du patient			ABASSERHANE Anas	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 19 JUL 2019	
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			
w	1	300, w			
PHARMACIE	Date				
Montant de la facture					
Signature et cachet du pharmacien					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date 23 JUL 2019		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires				
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date 23/07/19		
Nombre			Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV		
optique: 7000 a veres			17000H		

# CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

**Dr. Azzeddine SERRHINI**

**Spécialiste des maladies  
et Chirurgie des yeux**

Diplômé des Universités de Paris VI & XII

Ancien Chef de clinique des hopitaux de paris

Angiographie - Laser - Phacoemulsification

Chirurgie vitréo - rétinienne

**الدكتور عز الدين السرخيني**

**إختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

خريج كلية الطب بباريس

طبيب إختصاصي سابق بمستشفيات باريس

ليزر - جراحة الشبكة

Casablanca, le 19/07/19

~~#Nom ?~~

**Anas ABOUSSERHANE , 12 ans**

- Une Monture :

- Vision de LOIN :

OEIL DROIT : +1,75 (-3,00 à 5°)

OEIL GAUCHE : +1,00 (-3,00 à 170°)

SMILE OPTIQUE  
BENCHER Lamac  
Angle Rue Abou Al Waki  
3° St. de Bourghie - Casablanca

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE  
Dr. SERRHINI Azzeddine  
110, Rue Abou abdellah Nafii  
Maarif - CASABLANCA  
TEL: 022 28.10.28 - FAX: 022 22.46.49

Tél. : 05 22 23 13 23 - Fax : 05 22 99 44 33 / الدار البيضاء - المعاريف - 110 زنقة أبو عبد الله نافع

GSM : ..... - 110 , Rue Abou abdellah Nafii - Maarif - Casablanca

Casablanca le : 23-juil-19

Facture N°: 0208/2019

Enf ABOUSSERHANE ANAS

MONTURE	A1		700,00 Dhs
Verre OD	414	Organique 1,56 Anti Reflet Epaisseur Spécial (France)	500,00 Dhs
Verre OG	414	Organique 1,56 Anti Reflet Epaisseur Spécial (France)	500,00 Dhs
			1 700,00 Dhs
Dont TVA 20%			283,33 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Mille Sept Cents Dirhams

  
SMILE OPTIQUE  
IMPRIMERIE  
Abou Al Wakt & Bld. Bourgone - Casablanca