

Nom & Prénom du patient : Rachid Zerrouk

Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐

Date de la première visite du médecin : _____

Nature de la maladie : _____

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances _____

A _____ le _____

Durée d'utilisation 3 mois

ACCUSE DE RECEPTION
25 SEP. 2019
MUPRAS

Médecin Lt-Colonel Rachid ZERROUK
Professeur Assistant au CHU
Spécialiste en Ophtalmologie
Service d'Ophtalmologie
Babouche Babat

Signature et cachet du médecin

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
12/04/19	C	6		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	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	
9200 dhs	21/08/2019			Monture		
				+ 2 verres		

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
				MONTANT DES SOINS																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



M. ALAMI Chams
Najeh

Médecin Lt-Colonel Rachid ZERROUK
Professeur Assistant au CHU
Spécialiste du Val de Grâce
Service d'Ophtalmologie
HM Med V - Rabat

Cont VL

Optical Discount
Opticien Optométriste
C.C. Marjane Hay Hassani
CASABLANCA
Tél / 05.22.91.33.44

OD, (35 - 0,50) + 2,50

OG, (15 - 1,00) + 2,75

VR

ODG, 30 + 3,00

6/24/15

Médecin Lt-Colonel Rachid ZERROUK
Professeur Assistant au CHU
Spécialiste du Val de Grâce
Service d'Ophtalmologie
HM Med V - Rabat

Le: 21/08/2019

Facture num 190800141

Mme Alami Chams Nezha

Quantité	Désignations	Prix Unitaire	Prix Global
1	Monture optique	1200.00	1200.00
2	Verres correcteurs organiques progressifs antireflets	4000.00	8000.00
			9200.00

Modalité de paiement : espèce

Arrêté la présente facture à la somme de :

Neuf mille deux cents dirhams.



095002382

Optical Discount
Opticien Optométriste
C.C. Marjane Hay Hassani
CASABLANCA
Tél : 05.22.91.33.44

Siège Social : Centre Commercial Marjane Hay Hassani - Casablanca

R.C : 181571 – Taxe Professionnelle : 37988710 – I.F : 40169259

C.N.S.S : 7786778 – ICE : 000102167000074

Tel/Fax: 212 522 913 344 - GSM: 0662 523 694 - e-mail: opticalhayhassani@gmail.com