

Appel sans réponse
SMS le 23/11

TK

OPTIC'S EDEN

BOULEVARD DE LA KARA
PRES DE L'IMMEUBLE YENDOUBE
TOKOIN DOUMASSESE
14 BP 257 LOME- TOGO
Tél (+228) 22 22 90 53 / 93 21 28 93

FICHE DE COMMANDE

DATE : 12/11/2020

Nom et Prénoms : KOTHOR AGRALEVI KAFUI
Profession : Enseignante retraitée
Tel : 91 29 80 00
Adresse : AGDE
E-mail :
COMMANDE N° 000451

Ordonnance du Dr : ADOONAYAKPO du 4/11/2020						ED : 34
	SPH	CYL	AXE	ADD	VP	EG : 1
OD	+2,25			+2,50		HVP : 28
OG	Plan			Plan		HVP : ✓
Monture : SANS MARQUE 9102 C3 54146						30.000
Verres : 01 Vene Progressif 01 Vene unifocal (Photogray + antireflet)						70.000
Divers / Accessoires :						
Offre 2° Paire: Monture :						
Verres :						
						TOTAL 100.000
Livraison le : 26/11/2020						Acompte : 30.000
Commande soldée le : 26/11/2020						PEC : INAM 40.000
						Reste à payer : 30.000



INam payé le 20/01



Institut National d'Assurance Maladie
01 BP 11 Lomé Togo - Tél. (+228) 22214799 - web www.inam.tg

N°SI7/0901324 Feuille de soins

Date de réception INAM

Original à renvoyer à l'INAM par la Formation Sanitaire

PATIENT

Nom et prénoms du patient: KOTHOR Achalevi Kafui
 Matricule INAM patient: 06000018306000
 Date de naissance: 31/12/1958
 Accident: Date _____ Heure _____
 Au travail Voie Publique Domestique
 Autre Préciser _____
 Matricule INAM Assuré (si le patient n'est pas l'assuré): _____
 Nom, signature et téléphone du patient ou de l'accompagnant:
KOTHOR A-Kafui
Tel 7129 8000

PRESCRIPTEUR

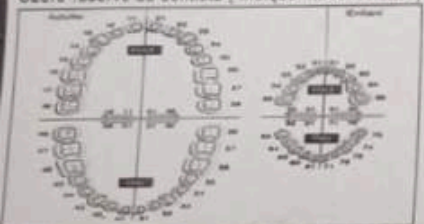
Code prescripteur: D102069
 Code de la structure sanitaire: 060242
 Type de prescripteur:
 Généraliste
 Spécialiste
 Paramédical

SOINS

Codes affections: H52
 Date du début de la maladie: _____

Réservé au prescripteur		Réservé à la caisse de la formation sanitaire			
Date des soins	Nature de l'acte	Code de l'acte	Prix Base de remboursement (PBR)	Montant INAM	Montant bénéficiaire (Prix public-Montant INAM)
<u>11/12</u>	<u>Consultation</u>	<u>3101</u>	<u>3000</u>	<u>2400</u>	<u>600</u>
		Totaux			

Cadre réservé au dentiste (Indiquer la dent traitée)



Cachet de la formation sanitaire:
 Docteur Tite ADOMAYAKPO
 Ophthalmologiste
 Cabinet Médical "LE LIS"
 15 Avenue de la Libération LOMÉ
 01 B.P. 253 LOMÉ 01 - Tél. 22 21 01 2

PAYE
 S
 100
 73

Nom et signature du caissier:
DACIBA

ORDONNANCE

Réservé au prescripteur			Réservé au pharmacien				
Médicaments, posologie	Quantité prescrite (en lettres)	Durée du traitement (en jours)	Code produit	Quantité délivrée	Prix base de remboursement (PBR)	Montant INAM	Montant bénéficiaire (Prix public-Montant INAM)
<u>Vision de loin</u>	<u>une P</u>						
<u>OD: +2.25</u>							
<u>OG Plan</u>							
<u>Vision de pres OD: +2.50</u>							
<u>OG: Plan</u>							
<u>Verres Progressifs + AR</u>							

Date de la Prescription: _____

Signature et Cachet du prescripteur (Nom, tél.):

Docteur Tite ADOMAYAKPO
 Ophthalmologiste
 Cabinet Médical "LE LIS"
 15 Avenue de la Libération LOMÉ
 01 B.P. 253 LOMÉ 01 - Tél. 22 21 01 2

Pharmacie 1

Code Pharmacie: _____

Date de Délivrance: _____

Cachet, Nom et Prénoms signature de l'agent

Signature et tél. du patient ou de l'accompagnant:

7129 8000

Totaux Pharmacie 1

Totaux pharmacie 2

Pharmacie 2

Code pharmacie: _____

Date de Délivrance: _____

Cachet, Nom et Prénoms signature de l'agent

Signature et tél. du patient ou de l'accompagnant

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE
 15 Avenue de la Libération LOMÉ
 01 B.P. 253 LOMÉ 01 - Tél. 22 21 01 2