

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

Appel Re 21/12/2020

TK

FICHE DE COMMANDE

DATE : 09/12/2020

Nom et Prénoms : KONBATE DJINBONDJOA COMMANDE N° **000507**
 Profession : Technicien
 Tel : 90041027
 Adresse : Residence E-mail: _____

Ordonnance du Dr : ADONAYAKPO du 07/12/2020 ED : 34
 EG : 36

	SPH	CYL	AXE	ADD	VP	HVP
OD	+1,00			+2,25		
OG	+1,00			+2,25		

Monture : SCOTT HARRIS SH 394 C3 35000

Verres : 02 verres progressifs
photogray + antireflet 85000

Divers / Accessoires: _____

Offre 2^e Paire: Monture : _____

Verres : _____

TOTAL 120.000

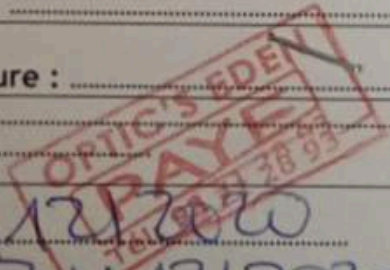
Livraison le : 21/12/2020

Acompte : 40.000

Commande soldée le : 21/12/2020

PEC : INAM 40.000

Reste à payer : 40.000



INAM Soldé le 25/102



Institut National d'Assurance Maladie
01 BP 11 Lomé-Togo- T81(+228) 22214799 web www.inam.tg

N° ~~STX~~ 3481906 **Feuille de soins**

Date de réception INAM :

Original à renvoyer à l'INAM par la Formation Sanitaire

PATIENT

Nom et prénom du patient

KOMBATE L. Akumbondjon

Matricule INAM patient

060000ASR005001

Nom, signature et téléphone du patient ou de l'accompagnant

Kombate
Latchictin
90044027

Date de naissance

30/12/1975

Matricule INAM Assuré (si le patient n'est pas l'assuré)

[Empty grid]

Lieu de naissance

Date

Heure

En travail

Voie Publique

Domestique

Autre

Préciser

PRESCRIPTEUR

Code prescripteur

Y02069

Code de la structure sanitaire

EE0242

Type de prescripteur

Généraliste

Spécialiste

Paramédical

SOINS

Codes affections

H52

Date du début de la maladie

Réservé au prescripteur

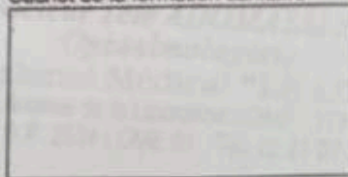
Réservé à la caisse de la formation sanitaire

Date des soins	Nature de l'acte	Code de l'acte	Prix base de remboursement (PBR)	Montant INAM	Montant bénéficiaire (Prix public-Montant INAM)
08/12/2020	ES	2101	3000	2400	600
				Totaux	

Adresse réservée au dentiste (Indiquer la dent traitée)



Cachet de la formation sanitaire



Nom et signature du dossier

LASSA [Signature]

ORDONNANCE

Réservé au prescripteur

Réservé au pharmacien

Médicaments, posologie	Qualité 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)
Vision de loin ODG + 1 PD	Une P.						
Vision de près: Add + 2.25 DAG Foyers Progressifs + Antireflet + Photogray							

Date de la Prescription

Signature et Cachet du prescripteur (Nom, M.)

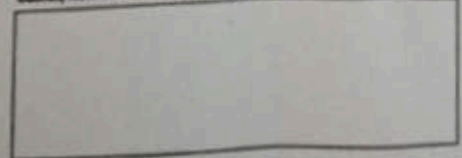
Dr. T. A. NATAEVO
Ophthalmologiste
Cabinet Médical "LE LIAISON"
[Signature]

Pharmacie 1

Code Pharmacie

Date de Délivrance

Cachet, Nom et Prénoms signature de l'agent



Signature et M. du patient ou de l'accompagnant

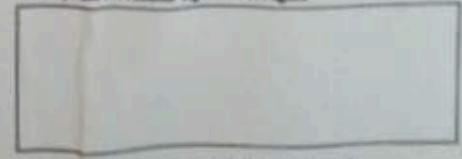
[Signature] 90044027

Pharmacie 2

Code Pharmacie

Date de Délivrance

Cachet, Nom et Prénoms signature de l'agent



Signature et M. du patient ou de l'accompagnant

[Signature]