

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

152997

Devis

Le : 13/03/2023

Doit: NOUADI SAIDA N°7522

Vision de Loin :

Verres : CORRECTEURS PROGRESSIFS ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+2.25	-	-	1 400.00
O-G :	+2.25	-	-	1 400.00
Add.	+2.50	-	-	

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE

800.00

Vision de Prés:

Verres :

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :				0.00
O-G :				0.00

Monture:

0.00

Total : 3 600.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Trois Mille Six Cent Dirhams



124, Av. Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata- Casablanca
Tél.: 0522382020 / 0600656419 / 0666244242 E-mail: oundif@gmail.co
RC: 427582 Patente: 37488923 IF : 40265282

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophthalmologiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

13 mars 2023

Mme NOUADI SAIDA

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques

VL : OD = + 2.25

OG = + 2.25

VP : ODG = Add : + 2.50

Lotissement Nabila Makhoul N° 334, étage N° 2 - الطابق الثاني
Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

Déclaration de Maladie

N° P19- 0048669

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0007522

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohammed SABIR

Date de naissance : 03/06/1959

Adresse : HAY MY ABDELLAH RUE 299 N 56 AINCHOU
CASA

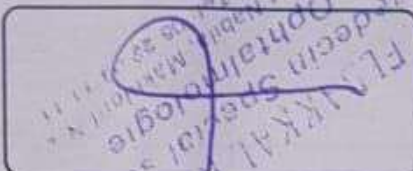
Tél : 06 64 45 13 37

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 Mars 2009

Nom et prénom du malade : MOUADI SAIDA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048669

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13 Mars 2023			20,25 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.