



NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste - Contactologue



191063

Devis

Casablanca le : 17/01/2024

Doit : HIRCHY HASSAN N°10062

Correction Optique :

	SPH	CYL	AXE	ADD	PRIX
OD	+3.75	-1.00	90	+3.00	1700.00
OG	+3.75	-1.25	85	+3.00	1700.00

Type de verres :	Correcteurs organiques progressifs antireflets		
Type de la monture :	Plastique Optique	Prix	700.00

TOTAL TTC

4100.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Trois-mille-quatre-cents Dirhams



124 Av Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata- Casablanca

Tél: 0522382020 / 0666244242 Email: oundif@gmail.com

RC: 427582 Patente: 37488923 IF: 40265282 INPE: 095009924 ICE: 002128398000031

RIB: 021780000022902705504162

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée de la Faculté de Médecine -
Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers -

Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



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
تصوير الشبكية - الليزر

ORDONNANCE

16 janvier 2024

Mr. HIRCHI Hassan

Monture + verres correcteurs progressifs
antireflets

VL : OD = + 3.75 (- 1.00 à 90°)

OG = + 3.75 (- 1.25 à 85°)

VP : ODG = Add : + 3.00



Lotissement Nabila, Makhlouf N°338, étg N°2 - الطابق الثاني - 338 رقم 338، مخلف نبيلا،



05 22 03 11 11



rachaelbakkal@gmail.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0017451

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

Société

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom

Date de naissance

Adresse

Tel. 0666 33 56 97

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation

16 Janv 2024

Nom et prénom du malade

HIRCHI HASSAN

Age

Lien de parenté

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie

affection cutanée

Affection longue durée ou chronique

☐ ALD

☐ ALG

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où le malade 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) :

VOILET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0017451

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e)

Matricule

Nom de l'adhérent(e)

Total des frais engagés

Date de dépôt

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
16 Janv 2024	S		250,00 DM	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
2024-01-24 PHARMACIE N° 101 76 1001 N° 101 76 1001	2024-01-24	125,20

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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