



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: 02178000022902705504162

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 العياء البصري (الجلالة)

الفرندة المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

وراء 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



تجربة نبيلة . مخلوف رقم 338 . الطابق الثاني - N°2 -

Lotissement Nabila, Makhlof N°338, étg N°2 -



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** **Autre** **Pensionné(e)** **Autre****Nom & Prénom****Date de naissance****Adresse**Tél: **066 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****HIBA CUI AYO SSAN****Age****Lien de parenté** **Lu-mâme** **Conjoint** **Enfant****Nature de la maladie****obstruction urinaire****Affection longue durée ou chronique** **ALD** **ALC** **Pathologie****En cas d'accident préciser les causes et circonstances**

Dans le cas où le malade a une information confidentielle à communiquer, communiquer les renseignements sous peine de confidentialité à l'ensemble du personnel médical et/ou à 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.

Le : / /

Fait à :**Signature de l'adhérent(e)****VOLET ADHÉRENT****Déclaration de maladie****M22-0017451**Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le
à votre nécessité 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**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6 Janv 2024			250.0000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01-01-2024	120.0000

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.