

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلي الرايس

دكتورة متخصصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

201436

16 février 2024

Enf. BENJELLOUN Hadil Maria

Monture pour enfant + verres correcteurs Verres sans
antireflets ni filtre bleu ++++
Cadre adapté avec Pont bas situé

Vision de loin :

OD = + 0.75 (- 0.75 à 175°)

OG = + 0.25



Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
120, Bd Mly Driss 1er, Rés. Dar Mly Driss
Casablanca
Tél: 05 22 86 41 23 / 51 GSM: 06 61 08 06 18

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3
Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

المحمول: 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma

الفحص بالموعد :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3

الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma



NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste - Contactologue



Devis

Casablanca le : 02/04/2024

Doit : BENJELLOUN HADIL MARIA N°10735

Correction Optique :

| | SPH | CYL | AXE | ADD | PRIX |
|----|-------|-------|-----|-----|--------|
| OD | +0.75 | -0.75 | 175 | - | 500.00 |
| OG | +0.25 | - | - | - | 400.00 |

| | | | |
|----------------------|------------------------------------|------|--------|
| Type de verres : | Correcteurs organiques antireflets | | |
| Type de la monture : | Plastique Optique | Prix | 800.00 |

| |
|------------------|
| TOTAL TTC |
| 1700.00 |

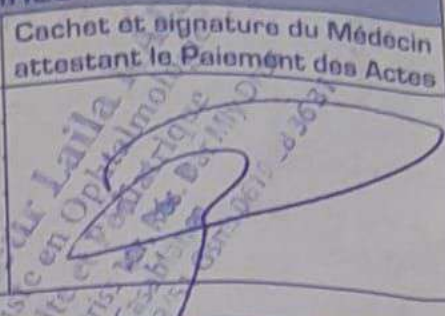
Arrêté la présente Facture à la somme de :

Mille sept cents Dirhams

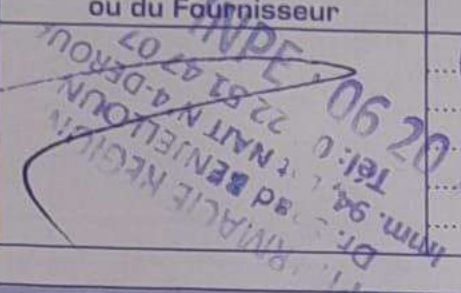


124 Av Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata- Casablanca
 Tél: 0522382020 / 0666244242 Email: oundif@gmail.com
 RC: 427582 Patente: 37488923 IF: 40265282 INPE: 095009924 ICE: 002128398000031
 RIB: 021780000022902705504162

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 |
|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/02/2014 | CS + K 10 Frais | | 500 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 16-02-14 | 17,10 |

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société : R Air

Actif

Pensionné(e)

Autre :

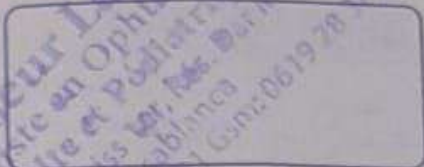
Nom & Prénom : Jawhary Amin

Date de naissance :

Adresse :

Tel : 06627272 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 16/02/2024

Nom et prénom du malade : Bayan Hamil M. Age : 13ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

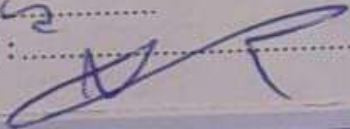
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca

Le : 16/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0013770**

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 :