

Docteur Nabil CHETTOU
Ophtalmologiste

Ancien Médecin à l'Hôpital 20 Aout, Casablanca

- Chirurgie de la Cataracte
- Diabète - HTA - Glaucome
- Voies Lacrymales
- Chirurgie Réfractive (Laser)
- Adaptation en Lentilles de Contact
- Ophtalmologie Pédiatrique
- Strabisme



الدكتور نبيل شطو

أخصائي طب وجراحة العيون
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

- جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
- أمراض الشبكية وداء الزرق
- مسالك الدموع
- تصحيح البصر بالليزر
- العدسات اللاصقة
- أمراض العيون عند الأطفال
- الحول

203314

17 AVR. 2024

Deroua, le

Nom et prénom

Hajjou Saadia

ORDONNANCE DE LUNETTES

Une paire de lunettes avec monture.

Œil Droit: $+1.25$ (-0.50 15°)

Œil Gauche: $+1.00$ (-0.25 30°)

Add: $+2.75$

Remarque:

Dr NABIL CHETTOU
OPHTALMOLOGISTE

N°3 étg 1, 22 Lot Nait 2 (Al Makhoulf) Deroua
Tél: 0522 03 74 03 - 0766 30 53 53
INPE: 061318911



9 رقم 3 الطابق الأول, 22 تجرئة نايت 2 (المخلوف), الدروة

N°3, 1^{er} étage, 22 Lot Nait 2 (Al Makhoulf), Deroua

05 22 03 74 03 / 07 66 30 53 53 Cabinet.chettou@gmail.com



061318911



NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste - Contactologue



Devis

Casablanca le : 25/04/2024

Doit : HAJJOU SAADIA N°5342

Correction Optique :

	SPH	CYL	AXE	ADD	PRIX
OD	+1.25	-0.50	15	+2.75	1600.00
OG	+1.00	-0.25	30	+2.75	1500.00

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

TOTAL TTC

3900.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Trois mille neuf 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

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**Déclaration de Maladie****M23-0015815**☐ **Maladie**☐ **Dentaire**☐ **Optique**☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005342 Société : _____
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____
Nom & Prénom : Mohamed ZEROUAL
Date de naissance : 30/10/1954
Adresse : LOT EL WAFIA NR 248 DEROUA BERRECHID
Tél : 0604095129 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr NABIL CHETTOU
OPHTALMOLOGISTEN3 étg 1, 22 Lot Nail 2 (Al Makhlouf) Deroua
Tél: 0522 03 74 03 - 0706 30 53 53
INPE 061318911Date de consultation : 17/04/2019Nom et prénom du malade : MAJJOU SAADIA Age : 58Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ EnfantNature de la maladie : AFFECTION OCULAIREAffection 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 : _____

Le : _____/_____/_____

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENTDéclaration de maladie **M23-015815**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
17/04/24	C50 PH		260,00	

Dr NABIL CHETTOU
 OPHTALMOLOGISTE
 N3-019 1, 22 Lot Nait 24 (Al Makhlouf) Deroua
 0522 03 74 03 0766 30 53 53
 0618 18911

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL DUMOUJA 244 lotissement el wafaa Deroua Fix : 05.22.53.20.54	PHARMACIE EL DUMOUJA 244 lotissement el wafaa Deroua Fix : 05.22.53.20.54	PHARMACIE EL DUMOUJA 244 lotissement el wafaa Deroua Fix : 05.22.53.20.54

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.