

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 (الجلاية)
- أمراض الشبكية وداء الزرق
- مسالك الدموع
- تصحيح البصر بالليزر
- العدسات اللاصقة
- أمراض العيون عند الأطفال
- التحول

202308

29 MARS 2024

Deroua, le

Nom et prénom

EL AOUAD ABDELLAH

ORDONNANCE DE LUNETTES

Une paire de lunettes avec monture.

Œil Droit : + 0,75

Œil Gauche : + 0,50

Add : + 2,75

Remarque :



Dr NABIL CHETTOU
OPHTALMOLOGISTE
N°3 étage 22 Lot Nait 2 (Al Makhlof), Deroua
Tél: 0522 03 74 03 - 07 66 30 53 53
INPE: 061318911

رقم 3 الطابق الأول، 22 تجزئة نايت 2 (المخلوف)، الدروة
N°3, 1^{er} étage, 22 Lot Nait 2 (Al Makhlof), Deroua
05 22 03 74 03 / 07 66 30 53 53 ✉ Cabinet.chettou@gmail.com





NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste - Contactologue



Devis

Casablanca le : 25/04/2024

Doit : EL AOUAD ABDELLAH N° 650

Correction Optique :

	SPH	CYL	AXE	ADD	PRIX
CD	+0.75		-	+2.75	1700.00
OG	+0.50	-	-	+2.75	1600.00

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

TOTAL TTC
4000.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Quatre mille 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

M23-0015814

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule:

5650

Société:

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom:

ELAOUAD ABDELLAH

Date de naissance:

01/01/1966

Adresse:

Village Tensar Noussel

Tél.:

06.11.96.65.52

Total des frais engagés:

1607,40 X

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Dr NABIL CHETTOU
OPHTALMOLOGISTE
N° 1, 22 Lot N° 21 N° 1000
Tél. 0522 03 74 03 - 07 66 00 53 53
INPE 0522 51 89 11

Date de consultation:

29/03/2024

Nom et prénom du malade: ELAOUAD ABDELLAH Age: 58

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: Le: / /

Signature de l'adhérent(e):

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M23-015814

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: 5650

Nom de l'adhérent(e):

Total des frais engagés:

16200 + 667,40

Date de dépôt:

RELEVE 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
29/3/24	CSOPH		200,10	<p style="text-align: right;">Dr NABIL CHEITOU OPHTHALMOLOGISTE N° 1, 22 Louisa 121A Makhtouf Tel 0522 03 74 03 0766 30 53 53 INPE 06 318911</p>

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	PHARMACIE ALKHAIIR Montant de la Facture BADR
<p style="text-align: right;">Dr NABIL CHEITOU Ophtalmologue N° 1, 22 Louisa 121A Makhtouf Tel 0522 03 74 03 0766 30 53 53 INPE N°: 062078985</p>	29/3/24	<p style="text-align: right;">DEROUA 0522 53 25 14</p> <p style="text-align: right;">PHARMACIE ALKHAIIR Montant de la Facture BADR DEROUA Tel. 05 22 53 25 14</p>

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.



IDMAROPI056B4<1WA546<<<<<<<<
6601018M3101056MAR<<<<<<<<<7
ELAOUAD<<ABDELLAH<<<<<<<<