

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Devis

Le : 15/04/2022

Doit: **SAHMAOUI ABDELKRIM N° 2259**

112003

Vision de Loin :

Verres : CORRECTEURS PROGRESSIFS ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+1.00	-0.50	73	1 400.00
O-G :	+1.75	-0.75	76	1 400.00
Add.	+2.50			

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE 500.00

Vision de Prés:

Verres :

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :				0.00
O-G :				0.00

Monture: 0.00

Total : **3 300.00**

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Trois Mille Trois Cent Dirhams



124, Av. Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata - Casablanca
Tél.: 0522382020 / 0600656419/ 0666244242 E-mail: oundif@gmail.co
RC: 427582 Patente: 37488923 IF : 40265282

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophthalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
دار البيضاء، [الدالة]
لгинية المدروسة

مكتب المدرب بالدبر
لاد العدسات
مراض الشبكية

ORDONNANCE

14 avril 2022

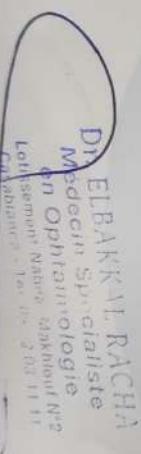
Mr. SAHMAOUT Abdelkrim

Monture + verres correcteurs progressifs
antireflets

VL : OD = + 1.00 (- 0.50 à 73°)

OG = + 1.75 (- 0.75 à 76°)

VP : ODG = Add : + 2.50





Déclaration de Maladie
Nº P19- 054362

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 2259 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAHMAOUI ABDELKIM

Date de naissance : 22.06.1955

Adresse : 444 CRAZ DELAUA

Tel: 0663214804 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ELBAKRI FACHIR
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Makhtous N°2
Casablanca - Tel: 0522 22 22 22

Date de consultation : 14/01/2029

Nom et prénom du malade : S. AHMAOUI ABDELLKIR

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DR ELBAKRI

Signature de l'adhérent(e) : SAHMAOUI

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-054362

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 : 2259
Nom de l'adhérent(e) : SAHMAOUI
Total des frais engagés : 0

Date de dépôt : 14/01/2029

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/04/2022	CS	EDO, CO DH	DR. ELBAKHAL RACHID Dr. Med. Opt. Nabil Rachid Dr. Med. Opt. Nabil Rachid Dr. Med. Opt. Nabil Rachid	DR. ELBAKHAL RACHID Dr. Med. Opt. Nabil Rachid Dr. Med. Opt. Nabil Rachid

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Cœfficients Montant des Honoraires

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nombre
des Honoraires

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

Lotisse