

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
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طبي و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكالوريوس الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء [الجلالة]

لقدرية المخروطية

تصحيح النظر بالليزر

رعاية العدسات

مراض الشبكية

ORDONNANCE

14 avril 2022

Mr. SAHMAOUI 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

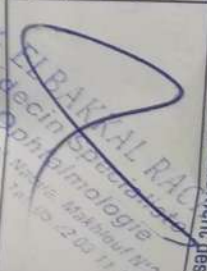
Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabil, Makhlouf N° 334, étg N°2
Casablanca - Tél: 05 22 38 20 20



Lotissement Nabila, Makhlouf N° 334, étg N°2 - الطابق الثاني, 334, الجادة المخلوف رقم 334
جدة نبيلة مخلوف رقم 334

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

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
14/04/2022	CS		2000,00 DH	 Dr. ELBAKKAL RACHID Médecin Spécialiste en Ophtalmologie Lotissement N°125 - Maknassah W2 Casablanca - Maroc - 203 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 toutes les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Lotisse