

# NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Devis

Le : 30/04/2022

Doit: GHANNOU CHAFIL N° 4674

113766

## Vision de Loin :

Verres :

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

Monture:

0.00

## Vision de Prés:

Verres : VERRES CORRECTEURS ANTIREFLETS

|       | Sph.  | Cyl. | Axe | Prix   |
|-------|-------|------|-----|--------|
| O-D : | +2.25 |      |     | 450.00 |
| O-G : | +2.25 |      |     | 450.00 |

Monture: PLASTIQUE

600.00

Total : 1 500.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :  
Mille Cinq 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**

Ophthalmologiste

Diplômée des Facultés de  
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -  
Lentilles de Contact



**الدكتورة رشا البقال**  
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة كلية الطب  
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

## ORDONNANCE

29 avril 2022

Mme GHANNOU CHAFIL

Monture pour vision de près + verres correcteurs  
antireflets

VP : ODG = + 2.25

Dr. ELBAKKAL RACHA  
Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie  
Lotissement Nabila, Makhlouf N°  
Casablanca - Tél: 05 22 03 11 11



☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4674 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : HAMOUCH MOHAMMED  
Date de naissance : 26.06.1959  
Adresse : Camp EDL WFA DEROUA W 86  
Tél : 0660149827 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ELBAKKAL RACHA  
Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie  
Lotissement Nabila Makhoul N°2  
Casablanca Tel : 05 22 03 11 11

Date de consultation : 29/04/2022  
Nom et prénom du malade : GHANNOU CHAFIL Age :  
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'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 : DEROUA Le : 29/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. ELBAKKAL RACHA  
Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie  
Lotissement Nabila Makhoul N°2  
Casablanca Tel : 05 22 03 11 11

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 34333

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 : 4674  
Nom de l'adhérent(e) : HAMOUCH  
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                                                                      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21/04/22        | CS                |                       | 200,00 DH                       | Dr. ELBAKAL RACHA<br>Médecin Spécialiste<br>en Ophtalmologie<br>Lotissement N°14 - Makhlouf N°2<br>Casablanca - Tél: 05 22 03 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 tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

