

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ADELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# الدكتور عبد الحق بوشة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوغرافيا

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء 70

الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

115176

Casablanca le .....

الدار البيضاء في  
ZEROUAL Othmane

Casablanca, le jeudi 12 mai 2022

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

DE LOIN Organiques

*Any*

Oeil Droit : (175° -1,50) -0,25

Oeil Gauche : (5° -1,50)



Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Ophtalmologiste  
70, Rue Allal Ben Abdellah 1er Etage  
Casablanca  
Tel : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Devis

Le : 13/05/2022

Doit: ZEROUAL OTHMANE N°7103

## Vision de Loin :

Verres : ORGANIQUES ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	-0.25	-1.50	175	600.00
O-G :	PLAN	-1.50	5	600.00
Add.				

Monture:PLASTIQUE OPTIQUE 700.00

## Vision de Prés:

Verres :

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

Monture: 0.00

Total : 1 900.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :



# Déclaration de Maladie

Nº P19- 046415

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7103 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEROCIAL ABDEL AZIZ

Date de naissance : 03/10/1960

Adresse : 231 - lot el wafaa - Deraouia  
Benzechid

Tél. : 066.14.35.64.1 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/05/22

Nom et prénom du malade : ZEROCIAL OTTHMANE Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Une de refact 206

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 Nº P19-046415

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 : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/05/22	E		150.00	Dr Abdellah BOUAFIA Optalmologue 1er Etage Rue Allal Ben Abdallah Casablanca 6224733 4570522471472

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.