

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

131178

Devis

Le : 27/09/2022

Doit: **BEN ABDALLAH JAMAL N°5145**

Vision de Loin :

Verres : PROGRESSIFS ANTIREFLETS PHOTOCHROMIQUE

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+3.75	-1.00	81	1 550.00
O-G :	+1.25	-1.00	82	1 550.00
Add.	+2.50			

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 : 3 800.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Trois Mille Huit 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

Docteur Nacer TAZI

Ophthalmologiste

Diplôme Universitaire de Chirurgie

de la Cataracte et de la Myopie (Besançon)

Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie

Rétiniennes (Paris)



الدكتور نصر التازي

طب و جراحة العيون

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين

وقصر النظر (بيرانسون)

دبلوم جامعي في تصوير وأمراض

شبيكية العين (باريس 7)

Casablanca, le lundi 29 août 2022

Monsieur Jamal BEN ABDALLAH

Verres et monture

Progressifs

Œil droit : (81° -1.00) +3.75, Addition +2.50

Œil gauche : (82° -1.00) +1.25, Addition +2.50

OPHTALMOLOGISTE

96, Bd d'Anfa, 3e Etage N° 31

amir rouchdi reflex - photochromiques

OPHTALMOLOGISTE Nacer TAZI
96, Bd d'Anfa, 3e Etage N° 31
CASABLANCA

OPHTALMOLOGISTE
96, Bd d'Anfa, 3e Etage N° 31
CASABLANCA

96, Bd d'Anfa N°31 Casablanca - Tél : 05.22.22.22.18

Déclaration de Maladie

N° W21-704117

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 5145 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

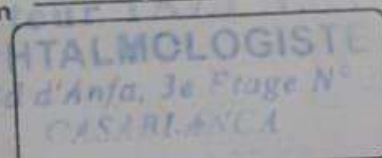
Nom & Prénom : BEN ABDALLAH JAMAL

Date de naissance : 25-04-1960

Adresse : H312 Lotissement ELOUFA DERWA

Tél. : 0691510773 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 29 08 / 2022

Nom et prénom du malade : BEN ABDALLAH JAMAL Age : _____

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant


Nature de la maladie : Presbytie

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 : CASA Le : 29 / 08 / 22

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-704117

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 : _____