

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



Docteur Nacer TAZI

Ophtalmologiste

Diplôme Universitaire de Chirurgie
de la Cataracte et de la Myopie (Besançon)
Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie
Rétiniennes (Paris)



الدكتور نصر التاري

طب و جراحة العيون

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين
و قصر النظر (بيرانسون)

دبلوم جامعي في تصوير وأمراض
شبكة العين (باريس 7)

Casablanca, le lundi 29 août 2022

Monsieur Jamal BEN ABDALLAH

Verres et monture

OPHTHALMOLOGISTE
96, Bd d'Anfa, 3^e Etage N° 31
Progressifs anti réflex - Protection UV400

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

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, 3^e Etage N° 31
CASABLANCA

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



Déclaration de Maladie

N° W21-704117

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		RAM	
Matricule : 5145	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BEN ABDALLAH · JAMAL			
Date de naissance : 25 - 04 - 1960			
Adresse : H 312 Lottissement ELOUAFIA DERWA			
Tél. 0691510773	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	OPTALMOLOGISTE 4, Bd d'Anfa, 3e étage N° CASABLANCA
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 29/08/2022	Age :
Nom et prénom du malade : BEN ABDALLAH · JAMAL	<input type="checkbox"/> Enfant
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 piconfidentiel 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 : 29/08/2022

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 : _____