

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

141757

Facture

1826/2022

Le : 21/12/2022

Doit: **BENJELLOUN HADIL MARIA N°10735**

Vision de Loin :

Verres : CORRECTEUR SANS ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+0.75	-0.50	175	600.00
O-G :	+0.50	-	-	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 :
Mille Neuf Cent Dirhams



Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

09 décembre 2022

Enf. BENJELLOUN Hadil Maria

Monture pour enfant + verres correcteurs
Verres sans antireflets ni filtre bleu +++++
Cadre adapté avec Pont bas situé

OD = + 0.75 (- 0.50 à 175°)

OG = + 0.50

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Mly. Driss 1er,
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca
Tél: 0522 86 41 23 / 51 - GSM: 06 19 28 38 31

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس. 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
الدار البيضاء
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraiss.ma

الفحص بالموعد :

الدار البيضاء

الدار البيضاء



Déclaration de Maladie

Nº M21- 066326

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10735

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAYNAB AMINE

Date de naissance : 14/11/75

Adresse :

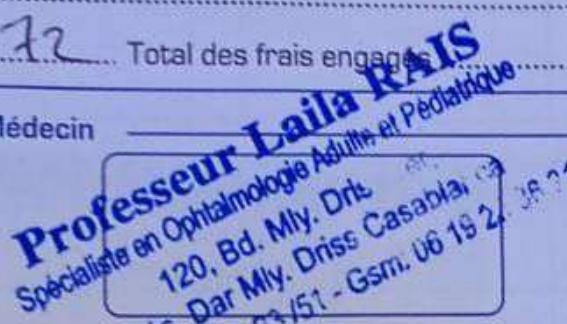
Tél. : 0606627272

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/12/2012

Nom et prénom du malade : ZAYNAB MARIA BENYOUNES Age : 34 ans

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 : Casablanca

Le 09/12/2012

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-66326

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 :