

**Devis**

Le : 21/06/2022

Doit: **NACHIT ABDERRAHMAN N°2243****119769****Vision de Loin :****Verres : CORRECTEUR PROGRESSIFS PHOTOCHROMIQUE**

	<b>Sph.</b>	<b>Cyl.</b>	<b>Axe</b>	<b>Prix</b>
<b>O-D :</b>	-0.50	-1.00	80	1 400.00
<b>O-G :</b>	-1.00	-1.00	100	1 400.00
<b>Add.</b>	+3.00			

**Monture: PASTIQUE OPTIQUE** 700.00**Vision de Prés:****Verres :**

	<b>Sph.</b>	<b>Cyl.</b>	<b>Axe</b>	<b>Prix</b>
<b>O-D :</b>				0.00
<b>O-G :</b>				0.00

**Monture:** 0.00**Total : 3 500.00****Arrêté la présente Facture à la somme de :  
Trois Mille Cinq Cent Dirhams**

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie - Laser

Strabisme

Lentille de Contact

Microchirurgie



الدكتور عبد الغني أغاichi

طب العيون

الختصاص في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علاج بالليزر

الholm، العدسات اللاصقة

الجراحة بالمجهر

Berrechid

18/06/22

برشيد، في



Dr. AGUEDACH  
Berrechid, Casablanca

Lentille

IL -1.50 (-A. 80°)

OC -1 (-A. 100°)

Microchirurgie

Dr. AGUEDACH Abdelghani  
Ophtalmologiste  
88, Bd. M'edéa Ismail - Berrechid  
Tél: 0522 32 72 58

### RELEVE 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
17/06/22	cc		12000	DIACEDACH AN 0522 12 58 B.I. 441 ISRAEL - Bercy

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GÉNÉRALE CLISSI BORRECHIN MATA	17/06/22	100.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

SECTION

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# Déclaration de Maladie

Nº M20- 0007351

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2243 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NADHIT Abderrazzak

Date de naissance : 27-02-1957

Adresse : Rue 2 n° 4 Hay EL HOUA Berrachid

Tél. : 061528854 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AGUEDACH Abdelghani  
Ophtalmologiste  
88, Bd. Mly Ismail - Berrechid  
Tél: 0522 32 72 58

Date de consultation : 18/05/2022

Nom et prénom du malade : NADHIT Abderrazzak Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allergie 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie : **Nº M20-07351**

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 : .....