

# NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

156832

Devis

Le : 07/04/2023

Doit: SBEIT FATIMA N°5201

Vision de Loin :

Verres : CORRECTEURS PHOTOGHROMIQUES ANTIREFL

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+0.25	-1.00	85	700.00
O-G :	PLAN	PLAN	PLAN	700.00
Add.				

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE 800.00

Vision de Prés:

Verres :

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

Monture: 0.00

Total : 2 200.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :  
Deux Mille Deux 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

RACHA ELBAKKAL

## Optometrista

amée des Facultés de  
éicine - Casablanca

Séminaires et Chirurgie des Yeux

Ste - Glaucome - Laser -

## Liens de Contact

1. *What is the primary purpose of the study?* (e.g., to evaluate the effectiveness of a new treatment, to describe a population, to compare two groups)

نورة رشا العقال

جراحة العيون

ملحق شهادة بكلية الطب  
جامعة عين شمس

### المياه البيضاء (الحالات)

## المشروبات

البصر باللير

Glossary

五七集

卷之三

## ORDONNANCE

04 avril 2023

Mme SBEIT FATIMA

## Monture + verres correcteurs

#### HOTOCHROMIQUES TEINTES Antireflets

OD = + 0.25 (- 1.00 à 85°)

OG = Plan

~~Dr. ELBAKAL RACHA  
Medecin en Opticien  
Opticien Optometriste  
Cauchemar, Neurologie  
Tal, Neurologie  
22/03/1982~~



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

Nº P19-0048447

Maladie

Dentaire

Optique

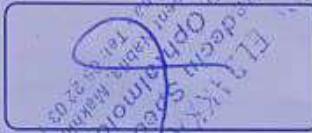
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0005201 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre:  
Nom & Prénom : S. B. El Fatima  
Date de naissance : 01/05/1980  
Adresse : Lot EL Wafa ANNi NR 7180 esoua  
Belfechid  
Tél. : 0668563159 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 Avril 2023

Nom et prénom du malade : S. B. EL FATIMA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection ouverte

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Nº P19-048447

Déclaration de maladie

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 : 0005201

Nom de l'adhérent(e) : S. B. El Fatima

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....