

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

156832

Devis

Le : 07/04/2023

Doit: SBEIT FATIMA N°5201

Vision de Loin :

Verres : CORRECTEURS PHOTOCHROMIQUES 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
Ophthalmogiste

Université des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Cataracte - Glaucome - Laser -
Lentilles de Contact



نورة رشا البقال
طراحة العيون

طالبة شهادة بكلية الطب
بطنجة

لطب البصر [الجلالة]

المخروطية

البصر بالليزر

عدسات

لشبكية

ORDONNANCE

04 avril 2023

Mme SBEIT FATIMA

Monture + verres correcteurs

PHOTOCHROMIQUES TEINTES Antireflets

OD = + 0.25 (- 1.00 à 85°)

OG = Plan

Dr ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila Makhlouf N° 334
Casablanca - Tél: 03 22 03 11 11



Déclaration de Maladie

N° P19-0048447

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005201 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Sbeit Fatima

Date de naissance : 01/05/1950

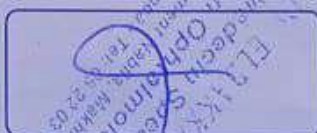
Adresse : Lot EL Wafa ANNIR 180 esana

Bettechid

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 : SBEIT FATIMA Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

N° 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) : SBEIT Fatima

Total des frais engagés :

Date de dépôt :