

R Professeur Laila RAIS

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



الأستاذة ليلي الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

201436

01 avril 2024

Mme ZANARY Amina

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = Plan

OG = Plan



Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets

Vision de loin :

OD = + 1.50

OG = + 1.50

Vision de près :

ODG = Add : + 1.25

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie

Adulte et Pédiatrique

120, Bd Mly Driss 1er, Cas. Dar Mly Driss

Casablanca

Tél: 0522 86 41 23 / 51 GSM: 0619 28 00 00

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 إقامة دار مولاي إدريس. 120
Casablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 المحمول

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma



NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste - Contactologue



Devis

Casablanca le : 02/04/2024

Doit : ZANARY AMINA N°10735

Correction Optique :

	SPH	CYL	AXE	ADD	PRIX
OD	+1.50	-	-	+1.25	1500.00
OG	+1.50	-	-	+1.25	1500.00

Type de verres :	Correcteurs organiques progressifs antireflets		
Type de la monture :	Plastique Optique	Prix	700.00

TOTAL TTC
3700.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Trois mille sept cents Dirhams



124 Av Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata- Casablanca
Tél: 0522382020 / 0666244242 Email: oundif@gmail.com
RC: 427582 Patente: 37488923 IF: 40265282 INPE: 095009924 ICE: 002128398000031
RIB: 021780000022902705504162

RELEVÉ 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
01/04/2024	CS		400	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

0037320

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



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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0037350

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10735

Société :

RAT

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Zahedy Amina

Date de naissance :

14/11/75

Adresse :

RES DE PAIS IMM. I apt 8 RUE ELYASMINE
HAY RAHA CASABLANCA

Tél. :

060627272

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/04/2014

Nom et prénom du malade :

Zahedy Amina

Age :

49 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD

☐ ALC

Pathologie :

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 :

01/04/2014

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M23- N° 0037350

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 :