

R 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

201436

01 aVFIL 2024

Mme ZANARY Amina

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = Plán

OG = Plán



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 Ier, Casablanca
Tél: 0522 86 41 23 / 51 GSM: 0619 78 78 78

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول، طابق 3
الدار البيضاء
Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

E-mail: cabinetprralais@yahoo.fr

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma

الفحص بالموعد :



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: 00212839800031
 RIB: 02178000022902705504162

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
10/09/2024	CS		400	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES DU 01/09/2024 AU 30/09/2024 SPECIALEMENT POUR LE DOCTEUR [Signature]

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

0032350

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

Maladie

 Dentaire

 Optique

 Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

102735

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAHABY Amina

Date de naissance :

14/11/75

Autre :

Adresse : RES DE PALAIS IMM. IAPPT 8 RUE ELYAS MINE

HAY RAHA CASABLANCA

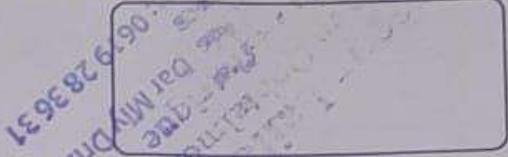
Tel. 066627272

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/04/2014

Age : 49 ans

Nom et prénom du malade :

ZAHABY Amina

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

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 :