

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de contact
Chirurgie Réfractive
Agree en Médecine Aero spatiale

الأستاذة لعويسى . ن

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي بناانت (فرنسا)

جراحة الساد (الخلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تحطيط الشبكية الوعائية - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة المول

115641

Casablanca, le :

13-5-022

ARIF Nostar

لun verre VL phakofix
EV VL

OD (150 - 4) - 5,50

OG (150 - 2,25) + 1

VL / ODC - 5,50

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Sis à 76 Boulevard Abdelloumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tél/fax: 05 22 99 46 00

76, Bd. Abdelloumen - Résidence Koutoubia, 1^{ère} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Devis

Le : 18/05/2022

Doit: ARIF MOSTAFA N°2179

Vision de Loin :

Verres : PROGRESSIFS ANTIREFLETS PHOTOGRIE

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	-5.50	-4.00	10	1 550.00
O-G :	+1.00	-2.25	150	1 550.00
Add.	+2.50			

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE 700.00

Vision de Prés:

Verres :

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

Monture: 0.00

Total : 3 800.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Trois Mille Huit 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2179 Sociale : RAM

Actif Personnel(e) Autre

Nom & Prénom : ARIF MOSTAFA

Date de naissance : 14 - 2 - 53

Adresse : 295 N Lot WATA DEROUA

Tel : 0522532897 Total des frais engagés : 18.99,

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/04/2022

Nom et prénom du malade : ARIF MOSTAFA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : *gastro*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelle

Fait à : DEROUA Le : 13

Signature de l'adhérent(e) :

Arif

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-71103

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 :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
15/04/2022	Café	3	400,00	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMARIE EL KOUOUNIA Dispen... El wafa 15.02.2022</i>	15/04/22	299,00

ANALYSES - RADIOPHARIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
13.05.2022	13.05.2022	13.05.2022	1200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

COLLY

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture



RETRAITE

ARIF MOSTAFA

0002179

