

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

141740

Devis

Le : 21/12/2022

Doit: **MARZAK KHADDOUJ N°9266**

Vision de Loin :

Verres : PROGRESSIFS PHTOCHROMIQUES ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+0.50	-	-	1 550.00
O-G :	+0.75	-0.25	115	1 550.00
Add.	+2.50			

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE

800.00

Vision de Prés:

Verres :

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

0.00

Monture:

Total : **3 900.00**

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

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طبيبة جراحة العيون

خاتمة علم في طباعة بصرية الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء (الجلطة)

القسطرة المبرودة

تصحيح النظر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

20 décembre 2022

Mme MARZAK KHADDOUJ

Monture + verres correcteurs progressifs
PHOTOCHROMIQUES TEINTES Antireflets

VL : OD = + 0.50

OG = + 0.75 (- 0.25 à 115°)

VP : ODG = Add : + 2.50

Lotissement Nabila, Makhoul N° 334, étage N°2
Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0009266 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISS ELMAATAOUI

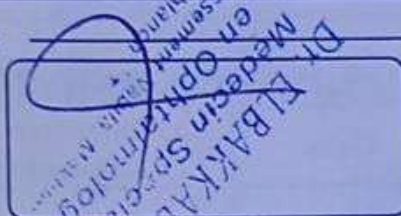
Date de naissance : 01/08/1953

Adresse : LOTONA ANR 21 DEROUA BERRECHIO

Tél : 06.22.206.473 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 Dec 2022

Nom et prénom du malade : MARZAK KADDOUS Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

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

Déclaration de maladie N° M21-60666

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement des Actes
01 Dec 2022	ck		202,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/22	161,40

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



CARTE DE RETRAITE

**EL MAATAOUI
DRISS**

Matricule: 0009266



Sexe M الجنس

IDMAROPI1U98P<8I110973<<<<<<<
5301012M3009211MAR<<<<<<<<<7
EL<MAATAOUI<<DRISS<<<<<<<<<<<