

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

145486

Devis

Le : 02/01/2023

Doit: EL AICH GHITA N° 10363

Vision de Loin :

Verres : CORRECTEURS ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	-2.25			700.00
O-G :	-2.00			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 Sébata- 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 - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء.
جراحة العياء البيضا، [الجلالة]
القرنية المخروطية
تصحيح البصر بالليزر
زراعة العدسات
أمراض الشبكية

ORDONNANCE

25 novembre 2022

Enf. EL AICH Ghita

Monture pour enfant + verres correcteurs
antireflets

OD = - 2.25

OG = - 2.00

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila
Casablanca



ORDONNANCE

09/09/2022

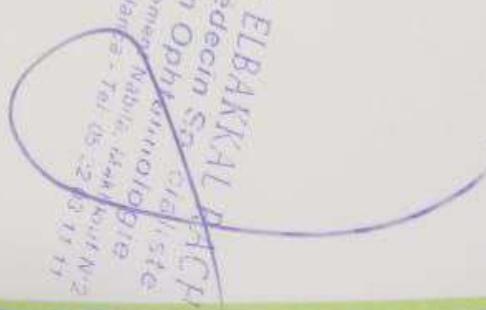
CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné DR RACHA ELBAKKAL certifie que Enf. Ghita EL AICH s'est présenté(e) ce jour à la consultation ophtalmologique au cabinet d'ophtalmologie, et a bénéficié d'un changement de prescription de correction optique suite à l'aggravation de sa myopie.

Certificat fait à la demande de l'intéressé (e) pour servir et valoir ce que de droit.

NB : certificat délivré gratuitement.

DR RACHA ELBAKKAL



تجزئة نبيلة، مخلوف رقم 334، الطابق الثاني - Lotissement Nabila, Makhlof N° 334, étg N°2

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

Déclaration de Maladie

M22- 0044650

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10363 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AICH ABDELLAH

Date de naissance : 01/01/1975

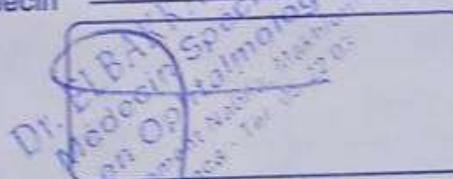
Adresse : lot ouv 01 NR 137 DEROUA BERRECHID

Tél. : 06 61 39 09 14 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/2018

Nom et prénom du malade : EL AICH GHITA

Age:

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0044650

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 :

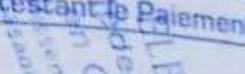
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Nom & Prénom

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
25.11.08			200,00 Dhs	 DR. BAKHAR RACHID MEDICAL SPECIALIST DENTIST DENTAL SURGEON DENTAL IMPLANT DENTAL PROSTHODONTICS DENTAL ORTHOPEDIC DENTAL SURGERY DENTAL IMPLANT DENTAL PROSTHODONTICS DENTAL ORTHOPEDIC DENTAL SURGERY

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

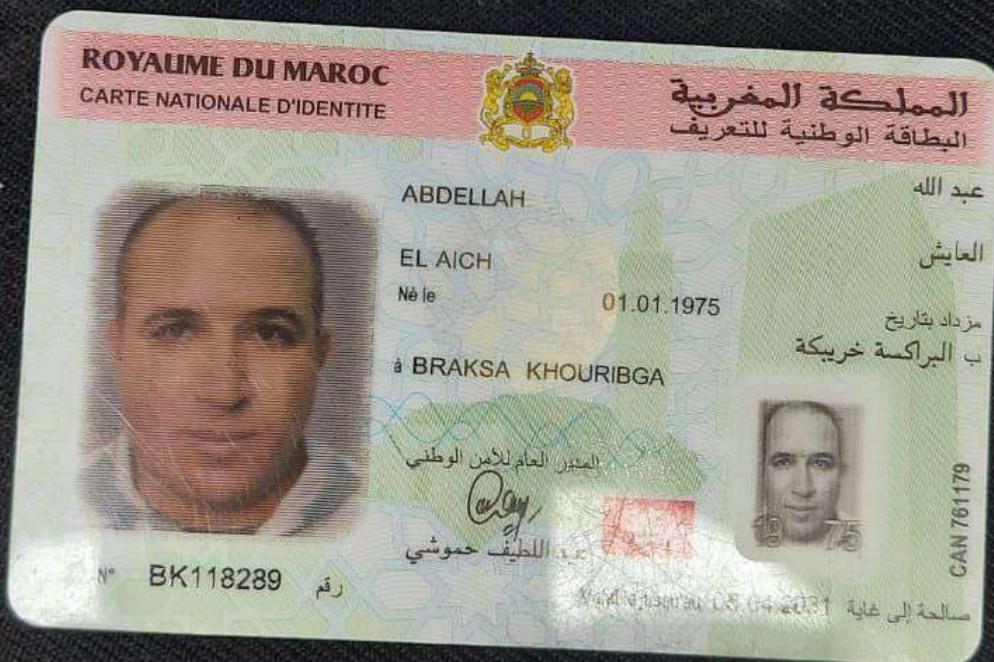
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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



Conjoint(s):
NOUARY SAMIRA

Enfant(s):
EL AICH NISRINE
EL AICH ABDESSALAM
EL AICH GHITA

CNSS Salarié : 180540638
Organisme Assureur AT : MCMA

CIMR Salarié : 8056327
Assistance Médicale : 0522939393

Siège Social: Royal Air Maroc, Boulevard Abdellah Benchrif, Aéroport Casa Anfa, Casablanca.
Affiliation CNSS 1213727

Cette carte de travail est la propriété de Royal Air Maroc
Elle est strictement personnelle et non cessible.
Toute utilisation abusive est passible de sanctions disciplinaires.



IDMAROPIOSOVK<2BK118289<<<<<
7501012M3104057MAR<<<<<<<<2
EL<AICH<<ABDELLAH<<<<<<<<