

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Mle 1132

Nom & Prénom **CHEDDADI Hassan**

Fonction : **Retraité** Phones: **0661311452**

Mail **SICHEHASSAN@GMAIL.COM**

**MEDECIN**

Prénom du patient **FATIMA-ZAHRA**

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒

Age **20 ans**

Date **10/06/19**

Nature de la maladie

Date 1ère visite

**Affection oculaire**

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

**Cs**

**300h**

**PHARMACIE**

Date **12/04/2019**

Montant de la facture

**124,00**

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date : .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Date : .....

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

**MUPRAS**  
**RECEPTION 2**

**MUPRAS**  
**10 JUIN 2019**  
**ACCUEIL**

# OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون  
للدكتور البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



17469

Casablanca le : 17 avril 2019

**CHEDDADI Fatima Zahra**

124.00  
KERADROP

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 15 jours

Docteur  
R. LAMRHOUM  
Ophtalmologiste

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca  
Tél : 0522.25.71.71 (S.G.) / Fax : 0522.25.11.15



**Urgence 24/24**



Casablanca le : .....

1704/19

**BON DE REGLEMENT**

Reçu de M.....

Cheddadi Fatima Zahra

La somme de : TROIS Cent Dirhams  
300.00 DHS

Pour : CONSULTATION

**Cachet et signature**

Docteur  
R. LAHRANI  
Ophtalmologiste

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
Rue des Papillons - Oasis - Casablanca  
Tél : 0522 25 71 71 / Fax : 0522 25 11 15

**Urgence 24/24**