

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

143243

Devis

Le : 25/11/2022

Dolt: 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 Sebata- Casablanca
Tél.: 0522382020 / 0600656419 / 0666244242 E-mail: oundifa@gmail.co
RC: 427582 Patente: 37488923 IF : 40265282

RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال
طبيب وجراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

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

DR. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila, Makhlouf N° 334, étage N°2
Casablanca - Tél: 05 22 03 11 11

تجزئة نبيلة، مخلوف رقم 334، الطابق الثاني -

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

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 المياه البيضاء [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, Makhlouf
Casablanca

تجزة نبيلة، مخلوف رقم 334، الطابق الثاني - Lotissement Nabila, Makhlouf N° 334, étg N°2

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

RELEVÉ 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
25.11.2018			200,05 DM	

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
		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.

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**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 OUN 01 NR 137. DEROUA BERRECHID

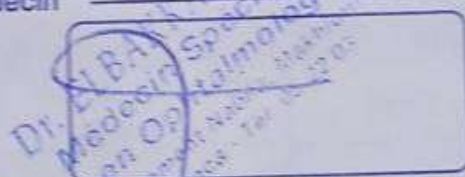
Tél : 0661390914

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/2022

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 ADHERENTDéclaration 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 :