

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
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

114318

ORDONNANCE

06-05-2022

SAADAoui Rkia

Monture + Vene de correction antireflet

Photochromique progressive

ML : OD : +1,5

OG = +1,25



ADD +1,25 OD OG

Dr. ELBAKKAL
Ophtalmogiste
Lotissement Nabila, Makhlouf N° 334, étage N°2 -
Tél: 05 22 38 20 20 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Devis

Le : 07/05/2022

Doit: SAADAOUI RKIA N°3714

Vision de Loin :

Verres : PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLETS

| | Sph. | Cyl. | Axe | Prix |
|-------|-------|------|-----|----------|
| O-D : | +1.50 | - | - | 1 450.00 |
| O-G : | +1.25 | - | - | 1 450.00 |
| Add. | +2.25 | | | |

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE

900.00

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



Déclaration de Maladie N° M20- 0003144

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3714 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : SAA DAWI RKIA
 Date de naissance : 01-01-1964
 Adresse : BORDJ N° 28 DZ - BERKADJ
 Tél : 06 46 92 33 12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 Mai 2022
 Nom et prénom du malade : SAA DAWI RKIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection oculaire
 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 : DZ 07/05/2022

Le : 07/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-03144

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 :