

**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

SAA DAOMI RORIA

Monture + Verre de correction anti-reflet

@ Photochromique progressive

NL : OD : +1.5

OG : +1.25

ADD +2,25 ODF



Dr. El Bakkal  
Médical Optometrist  
Spécialisé dans la correction progressive  
et la photochromique

# 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

M20-0003144

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3714 Société : RAN Actif Pensionné(e) AutreNom & Prénom : SAA DAoui RKIADate de naissance : 01-01-1964Adresse : B.P. A N° 26 Dernier - RER RabatTél. : 06.46.92.33.12 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 Mai 2022Nom et prénom du malade : SAA DAoui RKIA Age : \_\_\_\_\_Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  EnfantNature 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 : Douar 07/05/2022Le : 07 / 05 / 2022Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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 : \_\_\_\_\_