

Dr. 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

115180

ORDONNANCE

07-05-22

SAMAM - FOUZIA

Monture avec verre de correction pour : *VL*
progressifs anti fatigue

• OD: *plan*

• OG: *plan*



ADD +2,25 ODC

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila, Makhoul N° 334
Casablanca - Tél: 05 22 03 11 11

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

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

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Devis

Le : 14/05/2022

Doit: SAHMAOUI FOUZIA N°2259

Vision de Loin :

Verres : PROGRESSIFS ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	PLAN	PLAN	PLAN	1 100.00
O-G :	PLAN	PLAN	PLAN	1 100.00
Add.	+2.25			

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE

700.00

Vision de Prés:

Verres :

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :				0.00
O-G :				0.00

Monture:

0.00

Total : 2 900.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Deux Mille Neuf 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° M21- 0060674

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAHMAOUI ABDELKRIM
Date de naissance : 22-06-1955
Adresse : 444 Lotissement ONA2
DELOUA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 Mai / 2022
Nom et prénom du malade : SAHMAOUI Fouzia Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Section 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 : DELOUA 07/05/22 Le : 07/05/2022
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-60674

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 : 2259
Nom de l'adhérent(e) : SAHMAOUI
Total des frais engagés :
Date de dépôt :



Sexe F الجنس

Et de FADILA bent MOHAMMED

Adresse LOT EL WAFA H NR 227 DERGUE BERRECHID

IDMAROPI1XRY5<7FC5400<<<<<<<<
7003206F3010024MAR<<<<<<<<<<6
SAHMAOUI<<FOUZIA<<<<<<<<<<<<