

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Medecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



129735

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

امراض الشبكية

ORDONNANCE

10 septembre 2022

Mr. NOUARY SAMIRA

Monture + verres correcteurs progressifs
PHOTOCHROMIQUES TEINTES Antireflets

VL : OD = (- 0.25 à 170°)

OG = Plan

VP : ODG = Add : + 2.50



Dr. ELBAKKAL RACHA
Ophtalmogiste
Lotissement Nabila, Makhlouf N° 334, étg N°2
Casablanca - Tél: 05 22 03 11 11

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Devis

Le : 15/09/2022

Doit: **NOUARY SAMIR N°10363**

Vision de Loin :

Verres : PROGRESSIFS PHOTOCHROMIQUES ANTIREFLET

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	PLAN	-0.25	170	1 400.00
O-G :	PLAN	PLAN	PLAN	1 400.00
Add.	+2.50			

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE

850.00

Vision de Prés:

Verres :

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

Monture:

0.00

Total : 3 650.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Trois Mille Six Cent Cinquante 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

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**Déclaration de Maladie****M22- 0011507**☐ **Maladie**☐ **Dentaire**☐ **Optique**☐ **Autres****Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 10363 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAICH ABDELLAH

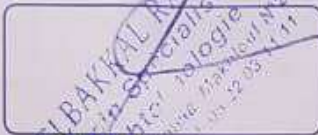
Date de naissance : 01/01/1975

Adresse : Pot OUNA 01 NR 137 D EROUA
BERRECHID

Tél. : 0661 390944 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 Sept 2022

Nom et prénom du malade : MOUARY SAMIRA 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 **M22-0011507**

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 :

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
10 Sept 2022			220.000 DH	ELBAKHAL RACHA Médecin en Chef Casablanca - Maroc

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.