

**Dr. RACHA ELBAKKAL**  
Ophtalmogiste

Diplômée de la Faculté de Médecine -  
Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers -  
Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



**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

تصوير الشبكية - الليزر

175275

**ORDONNANCE**

13 septembre 2023

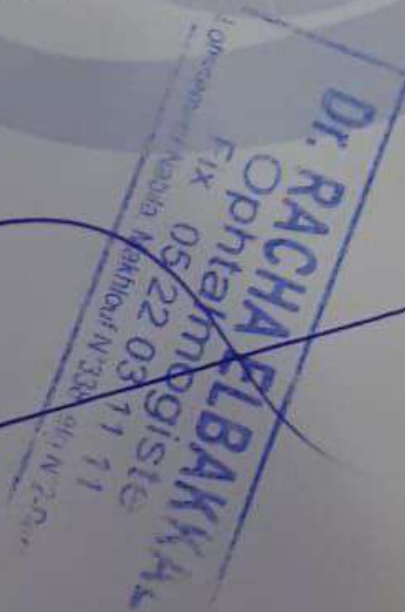
**Mme EL OUJANI Essabah**

Monture + verres correcteurs progressifs  
PHOTOCHROMIQUES TEINTES Antireflets

VL : OD = + 1.25 (- 0.75 à 25°)

OG = + 0.50

VP : ODG = Add : + 2.25



# NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Devis

Le : 14/09/2023

Doit: EL OUJANI ESSABAH N°2284

## Vision de Loin :

Verres : PROGRESSIFS PHOTOCROMIQUES ANTIREFLET

|       | Sph.  | Cyl.  | Axe | Prix     |
|-------|-------|-------|-----|----------|
| O-D : | +1.25 | -0.75 | 25  | 1 450.00 |
| O-G : | +0.50 | -     | -   | 1 450.00 |
| Add.  | +2.25 |       |     |          |

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 : 3 700.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :  
Trois Mille Sept 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



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 046115

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22 84 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : ...

M<sup>me</sup> ADDINE DINE

Date de naissance : ...

1953

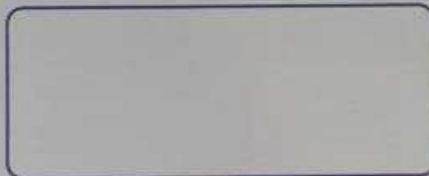
Adresse : ...

Nait n° 75 DEROUA

Tél. : 07/70/18/24/93 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .../.../...

Nom et prénom du malade :

ELOUJANI ESSABAH

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-046115

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Matricule :

BK 26 443



**CARTE DE VEUVE**

**EL OUJANI ESSABAH**

**Veuve ADDINE DINE**

**0002284**

