

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



185445

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

ORDONNANCE

30 novembre 2023

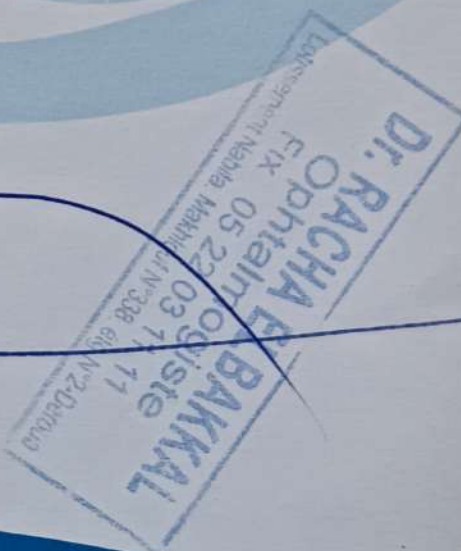
Mr. ZIATI Miloud

Monture + verres correcteurs progressifs
antireflets

VL : OD = + 1.50 (- 0.75 à 91°)

OG = + 1.75 (- 1.25 à 77°)

VP : ODG = Add : + 2.50





NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste - Contactologue



Devis

Casablanca le : 05/12/2023

Doit : ZIATI MILOUD N°5285

Correction Optique :

	SPH	CYL	AXE	ADD	PRIX
OD	+1.50	-0.75	91	+2.50	1400.00
OG	+1.75	-1.25	77	+2.50	1400.00

Type de verres :	Correcteurs progressifs organiques antireflets		
Type de la monture :	Plastique Optique	Prix	700.00

TOTAL TTC

3500.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Trois milles cinq cents Dirhams



124 Av Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata- Casablanca

Tél: 0522382020 / 0666244242 Email: oundif@gmail.com

RC: 427582 Patente: 37488923 IF: 40265282 INPE: 095009924 ICE: 002128398000031

RIB: 021780000022902705504162



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

Déclaration de Maladie

M23-009936

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0005285 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZIATI Miloud

Date de naissance : 08-10-1957

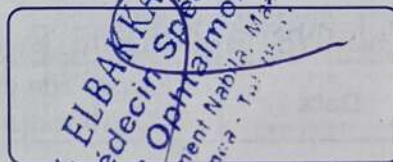
Adresse : Immeuble EL WAFI H. NR284

Personne

Tél. : 06 00794065 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30 Nov 2023

Nom et prénom du malade : ZIATI Miloud Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Spasme 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 ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0009936

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

REDMI NOTE 11 PRO

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
30 Nov 2023			250,0504	Dr. BAKKAL RACHA Médecin Spécialiste Ophtalmologie N° 1111111111 Tél. 05 22 54 47 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. SAAD ELLOUADI Imm. 94, Lot N° 1111111111 Tél. 05 22 54 47 27	30/11/23	24.00

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.