



**EL ABDALI CHAYMAE**

Opticienne- Optométriste

Avenue Mohamed 6 RDCE

Ahel Fès, Mag 3, Fès

Fix. : 05.35.64.00.40

Le : 09/08/21  
Nom : Nouhalla  
Abdessamie

**FACTURE**

0162121

ICE : 002511588000018

INPE : 145024493

Loin	OD=	+1.25 u u u u u u u u
	OD=	+2.50 L.O. 25 à 5°) u u u
Près	OD=	u u u u u u u u
	OD=	u u u u u u u u
<b>FOURNITURES</b>		<b>Montant :</b>
Monture :	Une monture	#3000dh#
Verre :	Deux Verre 1.6 anti reflet lunier Bleu	#8000dh#
TOTAL :		#11000dh#

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille cent dix-huit  
u u u u u u  
u u u u u u  
u u u u u u

**Cristal Optique**  
INPE : 145024493  
ICE : 002511588000018  
Av Mohamed 6 Rdce Ahel Fès, Mag 3  
Tél : 05 35 64 00 40

T.V.A 20% comprise

# Dr. ANOUNE Mariam

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux  
Ancien Médecin à l'hôpital Omar Idrissi



Chirurgie de Cataracte (Phako-émulsification)  
Chirurgie réfractive - Glaucome  
Maladies Rétiniennes (Angiographie - OCT - Laser)  
Ophtalmologie Pédiatrique - Strabologie  
Chirurgie des Voies Lacrymales

# الدكتورة اعنون مريم

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
طبيبة بمستشفى عمر الإدريسي سابقاً

جراحة إكلالة - تصحيح البصر (لازير)  
أمراض الشبكية - داء الزرق  
أمراض العيون عند الطفل  
تقويم الحول - مسالك الدموع

Fès, le 09 août 2021 في فاس

Mr. MOUSALLI Abdessamie

Monture + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = + 1.25

OG = + 2.50 (- 0.25 à 5°)

**Cristal Optique**  
INPE : 145024403  
ICE : 002511580000018  
Av Mohamed 6 Rcd Abdelmajid 3  
Tél : 05 35 64 00 40

**Dr. ANOUNE Mariam**  
Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des yeux  
Av. Hassan II, Tour Al Watanya, 1<sup>er</sup> Etage, Appt. N° 101 - FES  
Tél : 05 35 94 22 98  
INPE : 14172387

# 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
9/8/21	G	-	200,00	

# 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
		AM	PC	IM	IV	
	9/8/21					1100dh

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.  
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.  
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.  
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



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

**Déclaration de Maladie**  
N° P19- 062377

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2766 Société : 80845  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 / 08 / 2021  
Nom et prénom du malade : MOUSSA ABDESSAMIR Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Correction optique  
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 : Fes Le : 08 / 08 / 2021  
Signature de l'adhérent(e) :

