

نظارات أمل

Casablanca Le 11/08/21

OPTIQUE AMAL

Rue 24 N° 63 Amal 1
Bernoussi Casablanca

Patente : 31602814

R.C. : 259326

FACTURE

0001981

M: Khamlichi Mohamed Doit

| N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du Docteur | Vision de Loin O.D. + 1.75 / - 2.25 O.G. + 2.00 / - 1.75 | Vision de Prés O.D. - 2.25 / + 1.75 O.G. - 1.75 / + 2.00 | Double Foyer O.D. + 3.00 O.G. + 3.00 | Supplément |
|---|--|--|--|------------|
|---|--|--|--|------------|

FOURNITURES :

| | | |
|----------|--------------------------------|---------|
| Montures | Met A ligne. | 400,00 |
| Verres | Progressif ANIGO photo GRAY | 2200,00 |
| TOTAL | | 2600,00 |

Arrêté la Présente Facture à la Somme de :

deux mille six cent DHS
R.C. 723120 - S.C. 000804 (96000007)



Dr Ez Zahraoui Manal

**Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique**

Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris

Ancien Médecin au CHU de Rabat

Ancien Médecin au CHU de Bruxelles

Diplômée en Ophtalmologie Pédiatrique et Strabologie
de l'université de Marseille

Diplômée en Imagerie rétinienne, prise en charge du Glaucome
et adaptation en lentilles de contact des Universités de Paris



الدكتورة منال الزهراوي

**طب و جراحة العيون
للکبار و الصغار**

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببروكسيل

دبلوم في طب عيون الأطفال و الحول بجامعة مرسيليا

دبلوم في أمراض الشبكية و المياه الزرقاء و تعديل

العدسات اللاصقة بجامعة باريس

Casablanca, le **12 juillet 2021**

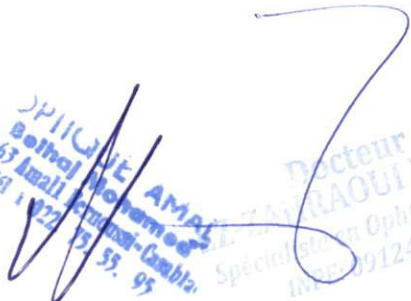
Mr. KHAMLIHI Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 1.75 (- 2.00 à 90°)

. OG = + 2.00 (- 1.75 à 90°)

VP : ODG = Add : + 3.00


OPTICIE AMAL
Belhal Mohamed
863 Amal Mohamed
721 122 75 55 95
Docteur ZAHRAOUI MANAL
Spécialiste en Ophtalmologie
091249755

Boulevard grande ceinture, bloc Koudia 106 N°73, 1er étage, Hay Mohammadi, Casablanca

(En face du café Florida, station tramway M'dakra) - E-mail : drezzahraouim@gmail.com

Tél.: 05 20 79 20 79 - 05 20 74 20 74 - N° des Urgences : 0617 087 087

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12 JUL 2021 | | 9 | 20000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

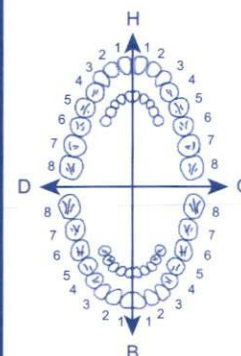
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

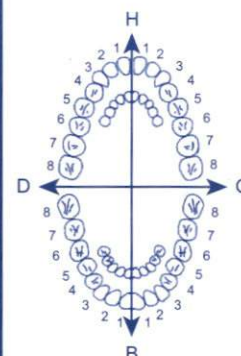
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pharmacie :

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.

Optique :

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

Educateur :

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.

Chirurgie :

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0037404

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique 80 749 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHAMLIHI Mohamed
Date de naissance : 01-01-51
Adresse : Apt 10 IMM 74 Tranche 27/1 AZHAR-BERVOUXI CASA
Tél. : 0602154142 Total des frais engagés : 2800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 12 JUL. 2021
Nom et prénom du malade : KHAMLIHI Mohammed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : diabète
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 : Casa Le : 12 / 08 / 2021
Signature de l'adhérent(e) :