

نظارات اهل

Casablanca Le 11/08/2017

OPTIQUE AMAL

Rue 24 N° 63 Amal 1

Bernoussi Casablanca

Patente : 31602814

R.C. : 259326

FACTURE

0001981

M: Khamlitchi Mohamed Doit

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de Prés	Double Foyer	Supplément
Correspondants à la				
Prescription du				
Docteur	O.D. + 1,71	O.D. + 2,190	O.D. + 3,1 =	
	O.G. + 2	O.G. + 1,71 A 90°	O.G. + 3,1 =	

FOURNITURES

Arrêté la Présente Facture à la Somme de :

deux mille six cent dix

AC. 72-3120-816:0000804 (8600000) 2

Optique Amia
1000 Bruxelles
Télé. 622-11-95

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

للكبار 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. KHAMLICHI 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

Dr. Ezz Zahraoui Manal
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Casablanca, 12 juillet 2021
Amal Khamlichi
Béthal Mohamed
72 122 75 55 95

RELEVE 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	03		200000	INPI: 091477 T. C. S. 2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

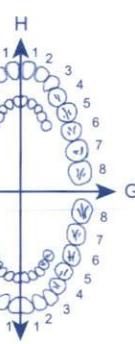
Cachet et signature du Praticien	Date des soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. ABDALLAH M. AMAL Tél : 022 73 55. 93	11/08/2011					2600,00

RELEVE 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 canalaires, 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			Coefficient des travaux
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				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

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

Matricule : 1384

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHANLICHI

Mohamed

Date de naissance : 01-01-51

Adresse : Apt.10. Immeuble 7/1. A2HAR-BERNOUSSI. CASA

Tél. : 060215442

Total des frais engagés : 2800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 JUIL 2021

Nom et prénom du malade : KHANLICHI Mohamed, Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Abdome

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 : Casablanca

Le : 12.08.2021

Signature de l'adhérent(e) :