

PHARMACIE SAKANI

MR FILALI SOUFIANE

MR KHAMLIHI MOHAMMED

Patente N°: 37157808

N° R.C.: 360564

ID Fiscale: 53108914

N° CNSS.:

N° ICE.: 001111620000097

Compte:

Tel:

Le: 09/08/2021

FACTURE N° : 197

PHARMACIE SAKANI
Dr FILALI Soufiane
Boulevard Mohammed VI, Casablanca
Tel: 022.74.13.52

PHARMACIE SAKANI
Dr FILALI Soufiane
Tel: 022.74.13.52

Qté	Désignation	Prix	Montant
300	PARANTAL 500 MG BT/20 CP	10,10	3030



TVA : 0.66

Total : 3030,66

PHARMACIE SAKANI
Dr FILALI Soufiane
Boulevard Mohammed VI, Casablanca
Tel: 022.74.13.52

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :DIX DIRHAMS ET DIX CTS

نظارات أمل

Casablanca Le 11/10/2011

OPTIQUE AMAL

Rue 24 N° 63 Amal 1

Bernoussi Casablanca

Patente : 31602814

R.C. : 259326

FACTURE

0001980

M: Khanliche YAHYA Doit

N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du Docteur	Vision de Loin	Vision de Prés	Double Foyer	Supplément
Fahraoui	O.D. + 0.50	O.D. max 180°		
	O.G.	O.G.	O.G.	

FOURNITURES :

Montures	Plast ; 90°	400,00
Verres	ORGANIQUE Blanc	1000,00
TOTAL		1400,00

Arrêté la Présente Facture à la Somme de :

Mille quatre cent DHS.

R. 725120 31602814 259326



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
لللكبار 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

Enf. KHAMLICHY Yahya

Monture pour enfant + verres correcteurs
Antireflets

OD = + 0.50 (- 1.00 à 180°)

OG = + 0.50 (- 0.25 à 30°)

Decteur
EZ-ZAHRAOUI
Spécialiste en Ophtalmologie
Tél: 091249783

OPHTALMOLOGUE
Belkacem Mohamed
4-18-63 Manal Zahraoui Casablanca
Tél: 091249783

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
لللكبار 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 مرسلية

دبلوم في أمراض الشبكية و المياه الزرقاء و تعديل

العدسات اللاصقة بجامعة باريس

Casablanca, le 12 juillet 2021

Enf. KHAMLICHY Yahya

ZENITH PHARMA

PPC : 37,20 DH

3720
PHYSIODOSE

1 lavage oculaire 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

ZALERG COLLYRE

7520
1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant

FLUCON (FLUOROMETHOLONE)

2260
9830
1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant

المسحوق 0,25 mg/ml
Zalerg 0,25 mg/ml
Lot / Fab / Exp
6N30
06 2020
06 2022

6 118001 07024
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS
Remboursable AMO
406806

PHARMACIE SAKANI
Dr. EL ALI Soufiane

Bloc 11mm 8 X 1000 Rue Hassan El Bazhar
Abl Loughlam Sidi Belhoussi - Casablanca
Tél.: 022.74.13.52

Professeur
EZ-ZAHRAOUI MANAL
Spécialiste en Ophtalmologie
INPE: 091249755

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	CG		20000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SAKANI FILAL Soufiane 801 Rue Hassan Elahar Sidi Bernoussi - Casablanca Tél: 022.74.13.52	12/7/21	98,2
	09/8/21	40,40

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	
 CABINET AMAL Betha Mohamed 4-12-63 L'Anassir Sidi Bernoussi - Casablanca Tél: 022.75.55.95	14/09/21					11/08/21

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 canalaires, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
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 ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions 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.

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.

Prothèse dentaire :

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- 0037405

80751

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHAMLIHI Mohamed

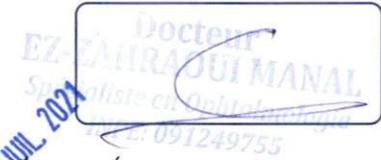
Date de naissance : 01-01-1951

Adresse : Apt 10, Im. 14 Tranche 07/1 AZHAR BERNOUSSI CAS

Tél. : 0602154142 Total des frais engagés : 1738,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 JUL 2021

Nom et prénom du malade : KHAMLIHI YAHYA Age: 66 en 1912

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : A Chorie

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) :

