

PHARMACIE SAKANI

MR FILALI SOUFIANE

MR KHAMLICH MOHAMMED

Patente N°: 37157808

N° R.C.: 360564

ID Fiscale: 53108914

N° CNSS:

N° ICE: 001111620000097

Compte:

Tel:

FACTURE N°: 197

Qté	Désignation	Prix	Montant
500	PARANTAL 500 MG BT/20 CP	4040	2020000

PHARMACIE SAKANI  
Dr FILALI Soufiane  
Boulevard Hassan II - Sidi Bel Abbès  
Alhi Loughlam Sidi Bel Abbès  
Tel: 022.74.13.52

PHARMACIE SAKANI  
Dr FILALI Soufiane  
Boulevard Hassan II - Sidi Bel Abbès  
Alhi Loughlam Sidi Bel Abbès  
Tel: 022.74.13.52

Le: 09/08/2021



TVA : 0.66

Total : 40400

PHARMACIE SAKANI  
Dr FILALI Soufiane  
Boulevard Hassan II - Sidi Bel Abbès  
Alhi Loughlam Sidi Bel Abbès  
Tel: 022.74.13.52

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

**OPTIQUE AMAL**  
 31 rue Mohamed  
 41001 Bejaïa-Casablanca  
 099 775 55 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  
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**

**Enf. KHAMLI YAHYA**

Monture pour enfant + verres correcteurs  
Antireflets

OD = + 0.50 ( - 1.00 à 180°)

OG = + 0.50 ( - 0.25 à 30°)

Docteur  
EZ-ZAHRAOUI  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Tél: 091249743

Opticien AMAL  
Belkacem Mohamed  
4-18-63 Amal Belkacem  
Tél: 091249743

# 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. KHAMLI YAHYA**

ZENITH PHARMA

PPC : 37,20 DH

**PHYSIODOSE**

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

**ZALERG COLLYRE**

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

**FLUCON (FLUOROMETHOLONE)**

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

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. ELALI Soufiane

Bloc 11mm 8 N° 101 Rue SAKANI Hay Elazhar  
Ahl Loughlam Sidi Belhouss - Casablanca  
Tél : 022.74.13.52

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	CS		20000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

PHARMACIE SAKANI  
 801 Route SAKANI Hay Elzhar  
 Agdal - 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

1409,00      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 canaux, ainsi que le bilan de

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 (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EXE



# 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.

## Education :

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 :

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

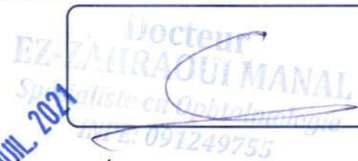
Tél. : 0602154142

Total des frais engagés : 1738,70

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 JUL 2021

Nom et prénom du malade : KHAMLIHI YAHYA

Age : 69

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 :

Le : 12/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]