



# NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste - Contactologue



179354

Devis

Casablanca le : 17/10/2023

Doit : EL AMRANI FAIZA N°7709

Correction Optique :

	SPH	CYL	AXE	ADD	PRIX
OD	+1.50	-0.25	180	+2.50	1500.00
OG	+1.50	-0.25	15	+2.50	1500.00

Type de verres :	Correcteurs progressifs antireflets anti lumière bleue		
Type de la monture :	Plastique Optique	Prix	800.00

TOTAL TTC

3800.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Trois mille huit cent Dirhams

**Nadif Optic**  
opticien optométriste  
N° 124 Av. Mikdad Lahrizi Sebata  
Casa. 0522 38 20 20 0666 24 42 42

124 Av Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata- Casablanca  
Tél: 0522382020 / 0666244242 Email: [oundif@gmail.com](mailto:oundif@gmail.com)

RC: 427582 Patente: 37488923 IF: 40265282 INPE: 095009924 ICE: 002128398000031  
RIB: 021780000022902705504162

Dr. Kaouthar DGADEG

Spécialiste des Maladies et Chirurgie  
des yeux Adultes et Enfants

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



الدكتورة كوثر الدكادث

إختصاصية في أمراض و جراحة  
العيون للكبار و الأطفال

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le jeudi 17 août 2023

Madame EL AMRANI Faiza

Monture + Verres correcteurs:

PROGRESSIFS ANTIREFLETS

Oeil Droit :  $(180^\circ - 0,25) + 1,50$  Addition + 2,50

Oeil Gauche :  $(15^\circ - 0,25) + 1,50$  , Addition + 2,50

Dr. Kaouthar DGADEG  
Ophtalmologiste  
Rés. Palmier, Bd. Brahim Roudani  
Entrée B9, 1<sup>er</sup> étage, Casablanca  
Tél : 0522 98 88 66 - INPE : 091386262

Dr. Kaouthar DGADEG  
Ophtalmologiste  
Rés. Palmier, Bd. Brahim Roudani  
Entrée B9, 1<sup>er</sup> étage, Casablanca  
Tél : 0522 98 88 66 - INPE : 091386262

BLEUE

إقامة النخيل، 285 ، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1 ، شقة 3 - الدار البيضاء  
Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca  
E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866



## 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La 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 Fahir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-446605

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_  
☐ 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 : 17/08/2023  
 Nom et prénom du malade : EL AMRANI FASSA Age : 61 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection oculaire  
 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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-446605

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_  
 Date de dépôt : \_\_\_\_\_

# 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
17/08/23	3		300,00	INP : 61344561262

# 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
	17/08/23	Pontbasse	1000,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25523412</td> <td>21432252</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25523411</td> <td>11432253</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			H		25523412	21432252	00000000	00000000	D		00000000	00000000	25523411	11432253	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
H																		
25523412	21432252																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
25523411	11432253																	
B																		
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>				<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>														

ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE



المملكة المغربية  
البطاقة الوطنية للتعريف



FAIZA

EL AMRANI

Née le

02.07.1962

à OUJDA

المدير العام للأمن الوطني

عبد اللطيف حموشي



N° F261350 رقم

صالحة إلى غاية 27.03.2032 Valable jusqu'au

CAN 244174





Sexe F الجنس

و تورية بنت عبدالسلام

Et de TOURIA bent ABDESLAM

العنوان إقامة جوهرة النواصر 02 عمارة 08 شقة 01 النواصر البيضاء

Adresse RES PERLES NOUACEUR 02 IMM 08 APPT 01 NOUACEUR CASA

IDMAROPI5AU01<9F261350<<<<<<<<  
6207029F3203271MAR<<<<<<<<<<0  
EL<AMRANI<<FAIZA<<<<<<<<<<<<<



**RETRAITE**

**ELAMRANI FAYZA**

**0007709**



القوات الملكية المغربية  
royal air maroc