



# 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

avec la technologie FreeForm,  
intègre le concept

avec la technologie FreeForm  
au meilleur prix. Disponible e

## 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



BLANKA VISION  
CABINET D'OPHTHALMOLOGIE

الدكتورة كوثر الدكادى

اختصاصية في أمراض و جراحة  
العيون للكبار والأطفال

عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية

تقديم الحول

الزرق

المزد

تصوير الأوعية الدموية للشبكة

Casablanca, le jeudi 17 aooot 2023

Madame EL AMRANI Faiza

Monture + Verres correcteurs:

PROGRESSIFS ANTIREFLETS

Oeil Droit : (180° -0,25) + 1,50 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (15° -0,25) + 1,50 , Addition + 2,50

Dr Kaouthar DGADEG

Ophthalmologiste

Rés. Palmier, Bd Brahim Roudani

Entrée B9, 1<sup>er</sup> étage, Casablanca

Tel : 0522 98 88 66 INPE : 09186262

Dr Kaouthar DGADEG

Ophthalmologiste  
Rés. Palmier, Bd Brahim Roudani  
Entrée B9, 1<sup>er</sup> étage, Casablanca

BLEUE

Tel : 0522 98 88 66 INPE : 09186262

إقامة النخيل، 285 ، شارع إبراهيم الرو丹ى - مدخل B9 - الطابق 1 ، شقة 3 - الدار البيضاء

Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appartement 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 canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du 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.

### 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-446605

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :		
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<i>Dr Khouja DS ALI</i>	
<i>OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA</i>	
<i>10, rue des Palmiers - Casablanca</i>	
Date de consultation : <i>17/08/2023</i>	
Nom et prénom du malade : <i>EL AALBANS FAZIA</i>	
Age : <i>65 ans</i>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>Affection survenue</i>	
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 ADHÉRENT

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 : \_\_\_\_\_

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
17/03/2013	35		300,00 \$	INF: b11A1A1626P1 Signature : Dr. Amal Al-Jabri Ophtalmologist Al-Sabah Hospital Doha, Qatar, Cambodia INPE: 46714603

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/08/23	Pentacane	1000 OPTIQUE DE CASABLANCA 13, rue de Casablanca Casablanca Tunisie 021 71 11 11 Fax : 021 71 11 11

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

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

ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE



المملكة المغربية  
البطاقة الوطنية للتعرف

قابضة

العراني

مرددة بتاريخ  
ب وجدة

FAIZA

EL AMRANI

Née le

02.07.1962

à OUJDA

المدير العام للأمن الوطني

Qayy

عبد اللطيف حموشي



CAN 244174

N° F261350 رقم

صالحة إلى غاية 27.03.2032 Valable jusqu'au 27.03.2032





**RETRAITE**

**ELAMRANI FAYZA**

**0007709**



الخطوط الملكية المغربية  
ROYAL AIR MAROC