

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : H220 Société : 201679

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Meustaid Jomila

Date de naissance :

10/06/1979

Adresse :

Berrechid

Tél. : 0662777433

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/03/2021

Nom et prénom du malade : Meustaid Jomila Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Contraction optique

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/02/24 | Ophtalmologiste | 1 | 250dh | 250dh. HJRA F. Bureau N°10 Ophtalmologiste AV. Youssef El IRAKI 05 22 32 53 77 Dr. Youssef El IRAKI 267 Rue El IRAKI 0522328345 Pharmacie El IRAKI Dr. Youssef El IRAKI 267 Rue El IRAKI 0522328345 BERRECHID 19/03/24 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------|-----------------------|
| Pharmacie El IRAKI Dr. Youssef El IRAKI 267 Rue El IRAKI 0522328345 BERRECHID 19/03/24 | 24 | 144,80 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| EL NE OPTIC N°21 Rue Alia Ben Abdellah Berrechid CE : 003350149000029 06 15 39 72 09 | 25/02/24 | | | | | 200,00 dh |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|--|--|-------------|-------------------------|
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on the upper arch and 1 to 8 on the lower arch. A cross indicates the center. Letters H, G, D, and B are positioned around the arch: H at the top, G at the bottom right, D at the bottom left, and B at the bottom center | | | | |



مركز حجيرة لطب وجراحة العيون

Centre HJIRA d'ophtalmologie

Lauréate de la faculté de médecine de Rabat

Ophtalmologie adulte et enfant

Oeil et diabète

Glaucome

Keratocone et Cross linking

Chirurgie de la cataracte, strabisme et voies lacrymales

Échographie oculaire, OCT, topographie cornéenne,

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طب العيون للصغار والكبار

العين وداء السكري

المياه الزرقاء (ضغط العين)

القرنية المخروطية

جراحة الجلالة،الحول،مسالك الدموي

التصوير بالمواضيع فوق الصوتية،الليزر

19 mars 2024

Mme MOUSTAID Jamila

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin : Photochromiques

OD = + 0.75 (- 0.25 à 70°)

OG = + 1.50 (- 0.75 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

OD = + 3.75 (- 0.25 à 70°)

OG = + 4.50 (- 0.75 à 85°)

EL NEJDEH
RDC N°21 Rue : 15 Avenue de la Berr
ICE : 00335 014 000029
06 15 32 53 77

📞 066170 48 82 📞 0522 32 53 77 📩 hjirafatimaezahra@gmail.com

تجزئة نصر الله فوق بنك **BMCE** قرب مخبرة المدينة ومخبر السقاط عند تقاطع شارع محمد الخامس وشارع المقاومة الطابق الثالث رقم 10- برشيد (عمران مجهرة بمصعد) Angle avenue Mohamed V et avenue résistance Lotissement Nasser Allah en dessus de BMCE banque près du laboratoire seqat et Boulangerie AL Madina 3eme étage



مركز حجيرة لطب وجراحة العيون

Centre HJIRA d'ophtalmologie

Lauréate de la faculté de médecine de Rabat

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

Ophtalmologie adulte et enfant

طب العيون للصغار والكبار

Oeil et diabète

العين وداء السكري

Glaucome

المياه الزرقاء (ضغط العين)

Keratocone et Cross linking

القرنية المخروطية

Chirurgie de la cataracte, strabisme et voies lacrymales

جراحة الجلاة،الجحول،مسالك الدموع

Échographie oculaire, OCT, topographie cornéenne,

التصوير بالمواضيع فوق الصوتية،الليزر

19 mars 2024

Mme MOUSTAID Jamila

OTAD

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

NAVILIPÔ

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



Dr. HJIRA Fatima Ezahra
Ophtalmologue
108, AV. BOURGEOIS V, Bureau N°10
3^{ème} étage, La marocaine - Tél: 05 22 32 53 77
05 22 32 53 77



066170 48 82



0522 32 53 77



hjirafatimaezahra@gmail.com



تجزئة نصر الله فوق بنك BMCE قرب مخبرة المدينة ومخبر السقاط عند تقاطع شارع محمد الخامس وشارع المقاومة الطابق الثالث رقم 10-برشيد (عمارة مجهرة بمصعد) Angle avenue Mohamed V et avenue résistance Lotissement Nasser Allah en dessus de BMCE banque près du laboratoire seqat et Boulangerie AL Madina 3eme étage



LOT: 36301161
EXP: 07/2025
PPV: 46 DH 80

PVC : 98,00 DH

3700822600668
LOT

ELINE OPTIC
N 21 RESIDENCE AMINE
ANGLE MOULAY YOUSSEF
RUE ALLAL BEN ABDULLAH
BERRCHID
05 26 26 00 12

FACTURE N° F24/0006 du 25/03/2024

Mme JAMILA MOUSTAID (507)

| Qté | Cat. | Désignation | Prix unitaire | Remb. | Montant | TVA |
|-----|------|-------------------------|------------------|-------|---------|------|
| 1 | MON | VEROKA RGA139 | 1000.00 | | 1000.00 | 20.0 |
| 2 | VER | ORG 1.5 AR PHOTO MARRON | 500.00 | | 1000.00 | 20.0 |

Corrections :

VL D. Sph: +0.75 Cyl: -0.25 Axe: 70° Add: +3.00 VL G. Sph: +1.50 Cyl: -0.75 Axe: 85° Add: +3.00

VP D. Sph: +3.75 Cyl: -0.25 Axe: 70° VP G. Sph: +4.50 Cyl: -0.75 Axe: 85°

ICE 003350149000029 TP 40706304 RC 18445 IF 53920698

| Total | Tiers payant | A PAYER |
|---------|--------------|-------------------|
| 2000.00 | 0.00 | 2000.00 Dh |

ELINE OPTIC
N 21 RESIDENCE AMINE
ANGLE MOULAY YOUSSEF
RUE ALLAL BEN ABDULLAH
BERRCHID
ICE : 003350149000029
06 15 39 72 09