

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

204664

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent []		Société : RAT	
Matricule : 12200	Autre : Rat. d		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Nom & Prénom : LOUZA	
Date de naissance : 03.12.79		Adresse :	
Tél. : 0661253647		Total des frais engagés : 4108 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Dr. HJRA Fatima Elzayat Ophtalmologiste 106, AV. Mohamed V Bureau N° 3 3ème étage, Bérechid - Tel: 05 22 33 53 71 N° d'ordre: 061413748			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25/04/2014			
Nom et prénom du malade : Rachid LOUZA Age: 44			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : connective pathologie			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pachydermie			
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**

Signature de l'adhérent(e) : **Y.A**

Le : **25/04/2014**

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
25/02/11 Dr. HIRY Ophthalmo logiste 105 Av. Mohamed V El Becharid Tel: 05 22 33 57 48	25/02/11 Dr. HIRY Ophthalmo logiste 105 Av. Mohamed V El Becharid Tel: 05 22 33 57 48		250dh	Dr. HIRY Ophthalmo logiste 105 Av. Mohamed V El Becharid Tel: 05 22 33 57 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/04/2024	158,80 DH

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	
OPTICIENS 03/05/2024	05/05/2024	1	1	1	1	3700

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	R

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession	Montant de Honoraire
--	----------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 و الصيدلة بالرباط

طب العيون للصغرى و الكبار

العين و داء السكري

المياه الزرقاء (ضغط العين)

القرنية المخروطية

جراحة الجلالة،الحول،مسالك الدموع

التصوير بالمواجات فوق الصوتية،الليزر

25 avril 2024

Mr LOUZA Rachid

Monture + verres correcteurs filtre anti uv Antireflets

Vision de loin :

OD = Plan (- 0.25 à 65°)

OG = Plan (- 0.25 à 110°)



0661 70 48 82 0522 32 53 77 hjirafatimaezahra@gmail.com

تجربة نصر الله فوق بنك BMCE قرب مخبزة المدينة ومخبر السقاطع 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

الدكتورة حجيرة فاطمة الزهراء

EZAHRA



مركز حجيرة لطب وجراحة العيون

Centre HJIRA d'ophtalmologie

de médecine de Rabat

adulte et enfant

Cross linking

cataracte, strabisme et voies lacrymales
tulaire, OCT, topographie cornéenne,

PPV23,00 DH

LOT: 36301161
EXP: 07/2025
PPV: 46 DH 80
RIL: 03 - 2025
H9644
Dr. HJIRA Fatima Ezahr
108 Av. Mohamed V, Bouskoura, N° 10
3^{er} étage, Berrechid, Tel: 061313748

66672

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طب العيون للصغرى و الكبار

العين و داء السكري

المياه الزرقاء (ضغط العين)

القرنية المخروطية

جراحة الجلاة,الحول,مسالك الدموع

التصوير بالمواجات فوق الصوتية,الليزر

25 avril 2024

Mr LOUZA Rachid



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

23,00 FRAKIDEX collyre

1 goutte 4 fois pendant 7 j

1 goutte 3 fois pendant 7 j

1 goutte 2 fois pendant 7 j

1 goutte 1 fois pendant 7 j

, dans les deux yeux

89,00 VISIONLUX plus

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

T: 158,80 H

Dr. HJIRA Fatima Ezahr
Ophtalmologue
108 Av. Mohamed V, Bouskoura, N° 10
3^{er} étage, Berrechid, Tel: 061313748
Mol 1 Mois

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

تجربة نصر الله فوق بنك BMCE قرب مخبزة المدينة ومخبر السقاطع 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

FELICITY OPTIC 5

- OPTICIENS -

IMM. 9 M4 CHEKROUNIA - BD MOHAMED V

TEL/FAX 0522325354

LE 06/05/2024

FACTURE N°221407

MR LOUZA RACHID

ORDONNANCE DU DOCTEUR M./MME. HJIRA

FOURNITURES :

QTE	DESIGNATION	MONTANT
VISION DE LOIN		
1	MONTURE	1500,00
2	VERRES ORG BLU UV AR 1,56 DIAM 65MM	2200,00
	Œil Droit : PLAN (-0,25 à 65°) Œil Gauche : PLAN (-0,25 à 110°)	
MONTANT TOTAL EN DHS :		3700,00
DONT TVA INCLUS 20% :		740,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS MILLE SEPT CENT DIRHAMS

RC BERRECHID 4765-PATENTE 40700448-CNSS 8139918-IF 40118061

ICE : 001655881000065 - INPE : 065018715



30

FSV 1.56 SPH UV PLUS

BLUECUT HMC

23W47

70

S -0.25
-0.00



5339550141

C +0.25
-0.25

 **EC**LENS
Stock





www.ecolens.ma

30

FSV 1.56 SPH UV PLUS



5339550141

BLUECUT HMC

23W47

70

S -0.25
-0.00

C +0.25
-0.25

The logo features a stylized 'E' and 'C' intertwined with concentric arcs, resembling sound waves or a lens. To the right of the graphic, the word 'LENS' is written in a bold, sans-serif font, with a small registered trademark symbol (®) to its upper right.
ECLENS
Stock



www.ecolens.ma

