

# 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

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-001785

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 338 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AFIF FATMA Veuve HAMMI Mohamed  
 Date de naissance :  
 Adresse : Dept Jamila Bloc R. n° 1236 Hay Hassani  
 Tél. : 0522 90 18 47 Total des frais engagés : 4073,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/07/2023  
 Nom et prénom du malade : AFIF Fatma Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Secheresse Oculaire  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 M23- 0001785

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 : 338  
 Nom de l'adhérent(e) : AFIF FATMA  
 Total des frais engagés : 4073,00  
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

**PREPAIRES**

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes


DR. HADJ MOHAMMED  
OPHTALMOLOGUE  
angle boulevard de la République  
entrée d'azemour Entrée A - Apt 2 eme  
Alger / Tél: 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 2

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Montant de la Facture

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/07/2023					3400-
HAJAR BENKIA						

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/07/2023					3400-
HAJAR BENKIA						

VOLET ADHERENT

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

VOLET ADHERENT

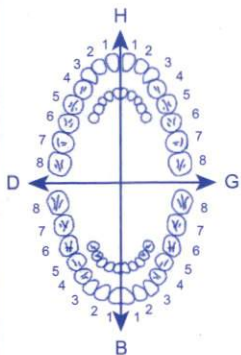
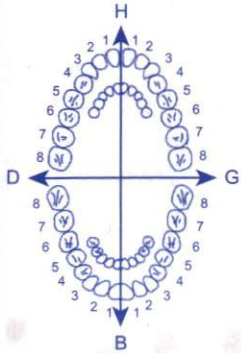
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="0"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

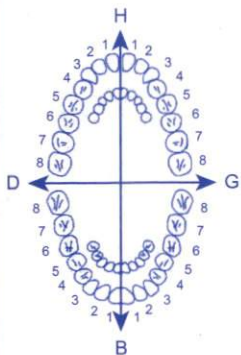
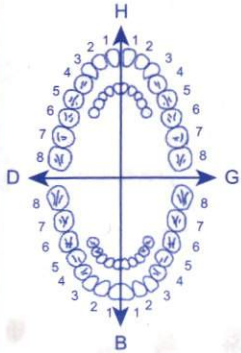
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="0"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

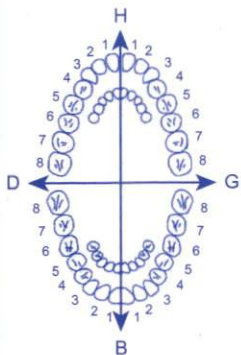
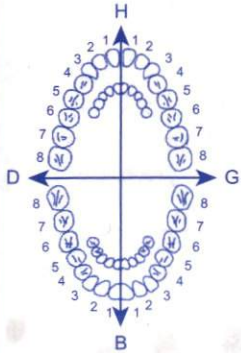
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

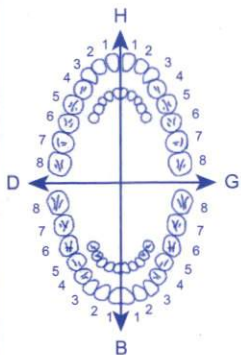
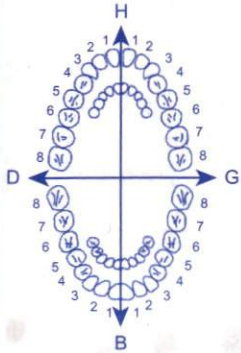
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

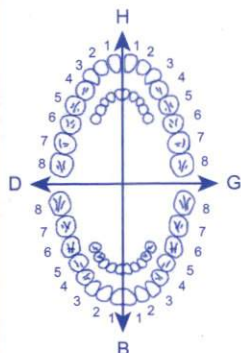
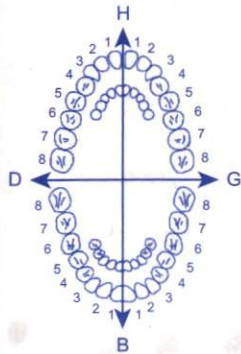
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

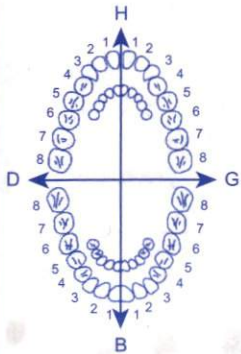
## Important :

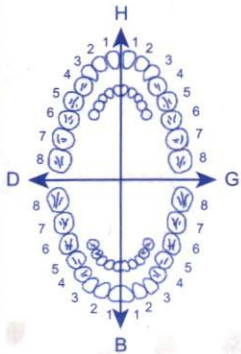
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412 21433552                      00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>                      00000000 00000000                      35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS			
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412 21433552                      00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>                      00000000 00000000                      35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>						
				DATE DU DEVIS		
				DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

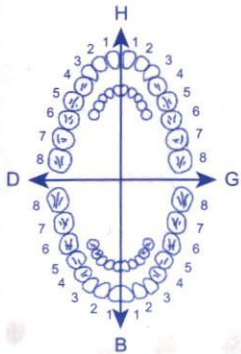
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE		CØEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>		<input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE		CØEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>		<input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>	CØEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

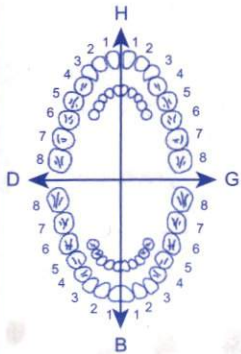
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>	CØEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

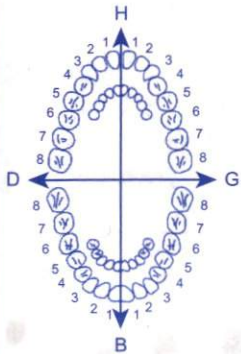
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>	CØEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>	CØEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

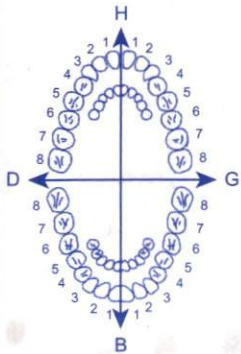
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>	CØEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>	CØEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Jihad Safaa**  
Ophtalmologiste



**دكتورة جهاد صفاة**  
إخصائية طب و جراحة العيون

Diplômée des universités de Tours -Casablanca  
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie refractive)(DPC London-uk)  
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris  
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"  
الزرق-الساد-السكري-تصحيح النظر  
طبيبة سابقة بمستشفى 15-20 باريس  
طبيبة سابقة بمستشفى الحسيني

11 juillet 2023

**Mme AFIF Fatna**

**NEOVIS totale**

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois , dans les deux ,

**BIO omega 369** ou Omega 3 1000mg

1gel /j , pendant 1 Mois

N° du CE 37930/2021/3918-  
2022/DM/DPS/DMP/18  
Date d'attribution du CE 24/10/22  
PPC : 175,00 dh

urope

Complément alimentaire ce n'est pas un médicament  
Numéro d'enregistrement : 2021210734/V1/CA/DMP/13  
PPC: 198 Dhs



زاوية شارع سيدي عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أ، الطابق 2. شقة 3

📍 Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour). Entrée A. Apt 3. 2 eme étage.

📧 cabinet.drjihad@gmail.com 📞 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

# BENKIA OPTIQUE

## Opticien Spécialiste



HAJAR

7 Op. Annakhil Rahma - Etage MG Appt. 3

Imm. MG 3GH 4 - Casablanca

Tél. : 08 08 56 38 77 / 06 66 76 23 00

0001235

Ordonnance du Docteur : *Dr. Hajar*

N° de Nomenclature : .....			
Correspondant à la prescription			
LOIN	O.D. : <i>1.75 / -0.75 / 10°</i>	PRES	O.D. : <i>1.75</i>
	O.G. : <i>1.75 / -0.75 / 10°</i>		O.G. : <i>1.75</i>

### FOURNITURE

Monture : *Optique 1000*

Verres : *Progressive 2400*

Total : *3400*

### BENKIA OPTIQUE

OPTICIEN

OPTOMETRISTE



7 Op. Annakhil Rahma - Etage MG Appt. 3

Imm. MG 3GH 4 - CASABLANCA

Tel: 08 08 56 38 77 / 06 66 76 23 00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Casablanca, le : *26/07/2023*

M. ou Mme : *A.F.F. FATMA*



Diplômée des universités de Tours -Casablanca  
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive)(DPC London-uk)  
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris  
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"  
الزرق-الساد-السكري-تصحيح النظر  
طبيبة سابقة بمستشفى 15-20 باريس  
طبيبة سابقة بمستشفى الحسنى

**11 juillet 2023**

**Mme AFIF Fatna**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = - 1.75 (- 0.75 à 102°)

OG = + 0.50 (- 1.75 à 71°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

**BENKIA OPTIQUE**  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE  
700, Abdelkhalil Rahma - Etage MG Appt. 3  
Jmmt. MG 3GH 4 - CASABLANCA  
Tél: 08 08 56 38 77 / 06 66 76 23 00

**DR. JIHAD SAFAA**  
OPHTALMOLOGISTE  
Angle bd Sidi aberrahmane et bd Abdelhadi Boutaleb  
(ex route d'azemour) Entrée A. Apt 3. 2ème étage,  
Casablanca / Tél: 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

زاوية شارع سيدي عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أ، الطابق 2 . شقة 3

📍 Angle bd Sidi aberrahmane et bd Abdelhadi Boutaleb (ex route d'azemour). Entrée A. Apt 3. 2ème étage.



cabinet.drjihad@gmail.com



05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28