

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.



186407

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006719

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10181 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MAATI RIM Date de naissance : 4/9/1955
 Adresse : HAY HASSAN N° 1240 J. J. J.
 Tél. : 0662292070 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2023
 Nom et prénom du malade : RIMADOL EL MAATI Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Conjonctivite Allergique
 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) :

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.

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

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
28/11/23	Consultation		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALASA 13.5 Rue Hla Abou Ma - BERRECHID - Tél: 05 22 33 64 01	28.11.23	179.15.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

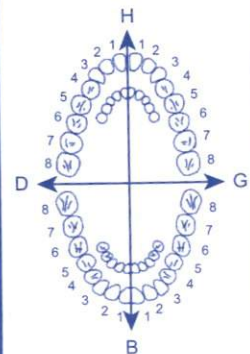
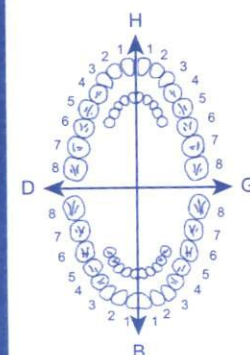
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/12/2023					1800 DH

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز حجيبة 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 للصغار و الكبار

العين و داء السكري

المياه الزرقاء (ضغط العين)

القرنية المخروطية

جراحة الجلالة، الحول، مسالك الدموع

التصوير بالموجات فوق الصوتية، الليزر

28 novembre 2023

Mr RIMAOUI El Maati

PHYSIODOSE



Serum pour lavage oculaire , dans les deux yeux

TOBREX: collyre cl



1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 8 jours

CROSS ud



1 goutte x4 par jour , dans l'œil droit, pendant 10 jours

Pharmacie ALAFAQ

1.3.5 Rue Ila Abou Mad:

- BERRECHID -

Tél: 03 22 23 64 01

Dr. HJIRA Fatima E.
Ophtalmologie
100 Av. Mohamed V, Bu
Berrechid - Tél.

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

تجزئة نصر الله فوق بنك BMCE قرب مخبزة المدينة ومختبر السقاط عند تقاطع شارع محمد الخامس وشارع المقاومة الطابق الثالث رقم 10- برشيد (عمارة مجهزة 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

26,40



NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance

TOBREX® 0
COLLYRE EN SOL
Tobramycin
Flacon de 5

يكس 0,3 %
يعين على شكل محلول
توبراميسين
رة من سعة 5 مل

TOBREX® 0,3 %
Collyre, flacon de 5 ml
AMM N° 30 DMP/21/NC



UDI



(01)08033959760550

LOT

RC0123

(17)260400



2026-04

(10)RC0123



2023-05

CROSS

Acide hyaluronique réticulé
CrossLinked Hyaluronic Acid


PPC: 105, 00

0,4%
(4 mg/ml)

Physiodose

ZENITH Pharma
PPC :47,75 DH

EMBOUT SÉCURITÉ

LOT 

2026 05 2023 06



MD

CE 0459



STERILE A



3 518646 267352



Numéro de facture: 1378 / 2023

Date de facture: 25-12-2023

Prescription par docteur: Hjjra Fatima
EZAHRA

Client(e): Rimaoui Elmaati

No de Nomenclature Correspondant la prescription	VL OD: +0,25 (-0,50 à 55°) VP: +2,25 (-0,50 à 55°) OG: Plan (-0,25 à 150°) ADØ: +2,00 (-0,25 à 150°)
---	--

Quantité	Articles	Prix	Total
2	Montures optiques	3000	6000
4	verres organiques uvl15 AR	6000	24000

Total: 18000,00



065023079

ENNAJEM OTHMANE
ENNAJEM OPTIQUE
Opticien Optométriste
77 Rue Errazi Hay Yasmine Berrechid
T.P. 05.22.03.00.88 / 06.53.48.23.15

Siège social: 77 RUE ERRAZI HAY YASMINA 26100 BERRECHID TEL : 0522030088 / 0653482315-
T.P : 40700771 - R.C : 22748 - I.F : 33635032 I.C.E : 002223401000018



مركز حجيّة 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 للصغار و الكبار

العين و داء السكري

المياه الزرقاء (ضغط العين)

القرنية المخروطية

جراحة الجلالة، الحول، مسالك الدموع

التصوير بالموجات فوق الصوتية، الليزر

01 décembre 2023

Mr RIMAOUI El Maati

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs filtre anti uv
Antireflets

Vision de loin :

OD = + 0.25 (- 0.50 à 55°)

OG = Plan (- 0.25 à 150°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

OD = + 2.25 (- 0.50 à 55°)

OG = + 2.00 (- 0.25 à 150°)

ENNAJEM OTHMANE
ENNAJEM OPTIQUE

Opticien Optométriste

77, Rue Ennaji Hay Yasmine Benrechid

Tél : 05.22.03.00.88 / 06.53.48.23.15



0661704882



0522325377



hjrifatimaeczahra@gmail.com



تجزة نصر الله فوق بنك BMCE قرب مخبرة المدينة ومختبر السقاط عند تقاطع شارع
محمد الخامس وشارع المقاومة الطابق الثالث رقم 10- برشيد (عمارة مجهزة 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



Dr. HJIRA Fatima Ezahra
Ophtalmologue

108, Avenue Mohamed V Bureau N° 10
Benrechid - Tél : 05 22 32 53 77
Tél : 06 61 70 48 82