

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 ALQ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie
N° M20- 0006164

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7312 Société : 190832

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJAR HAJAR

Date de naissance : 1978

Adresse : Berrachia

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Correction 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) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 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

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
			250DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie WAFIQ Dr. RAMZI Tarik Lot N°363 Bordj Bou Medjahid 05 22 32 33 77	28/12/23	175,30
---	----------	--------

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

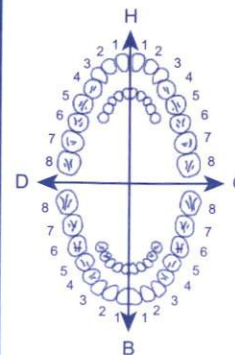
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز حجيبة لطب و جراحة 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 إرجالة، الجول، مسالك الدموع

التصوير بالموجات فوق الصوتية، الليزر

28 décembre 2023

Mr HAIHAH Fatima Zahra

OPHTALMED
PPC
99.00 DHS

XAILIN wash

1 lav / jr , dans les deux yeux

VIKET

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

OPTIPRED

1 goutte 4 fois par jour pdt 7 jrs

1 goutte 3 fois par jour pdt 7 jrs

1 goutte 2 fois par jour pdt 7 jrs

1 goutte 1 fois par jour pdt 7 jrs , dans les deux yeux

N° LOT:
EXP: 2301708
PPV: 1/2026
520490

175,30

Pharmacie NAFI
Dr. RAMZI TARK
Lotissement Wafiq Lot N°363
Tél: 0522 32 22 79

Dr. HJIRA Fatima Ezahra
Ophtalmologiste
108, Av. Mohamed V, Bureau N°10
3^e étage, Berrechid - Tél: 05 22 32
INPE: 051313748

أوبتيبيرد
Optipred®

Lot: AL0494
Fab: 10 23
Exp: 10 25
PPV: 23 DH 40



0661 70 48 82



0522 32 53 77



hjirafatimaezahra@gmail.com



108 شارع محمد الخامس مكتب رقم 10 الطابق الثالث-برشيد (العمارة مجهرم بمصعد)

108, Av Mohamed V, bureau n10, 3eme étage, Berrechid



Dr HJIRA FATIMA EZAHRA



الدكتورة حجيرة فاطمة الزهراء

مركز حجيرة لطب و جراحة 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، الجول، مسالك الدموع

التصوير بالموجات فوق الصوتية، الليزر

28 décembre 2023

Mr HAJIAH Fatima Zahra

Monture + verres correcteurs filtre anti uv Antireflets

Vision de loin :

OD = Plan (- 1.50 à 10°)

OG = Plan (- 1.00 à 170°)

OPTIC CONTACT
Opticien Optométriste
Diplômé d'Etat
108, Av Mohamed V, Bureau N°10
3ème étage, Berrechid - Tél : 05 22 32 53 77
INPE: 03-1913748

Dr . HJIRA Fatima Ezahra
Ophtalmologiste
108, Av Mohamed V, Bureau N°10
3ème étage, Berrechid - Tél : 05 22 32 53 77
INPE: 03-1913748

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



108 شارع محمد الخامس مكتب رقم 10 الطابق الثالث-برشيد (العمارة مجهز بمصعد)

108, Av Mohamed V, bureau n10, 3eme étage, Berrechid



optic ntact

Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 3139/24

Berrechid, le 03/01/2023

Client : MOW HAIAH f tina ZAHRA

Code	Description	Total
407	R vision de l'oeil V	300
407	lignes 40/20 M	300
	ne mure	700
	RZM	1300
	20 (-1.50 à 10') pher	
	20 (-1.00 à 170') pher	
	OPTICONTACT Opticien KHALID ADMY Opticien Optométriste Diplôme d'Etat 5 - 14 Rue Médina Berrechid Tél: 0522 32 41 44 06 60 00 08 021 - 06 60 00 08 022	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		
