

# 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

- 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.

N° W21-797517

*CE*

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>03508</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL YAZIDI ABDELLAHANE</b>			
Date de naissance : <b>30/06/1950</b>			
Adresse : <b>RUE 528, N°17 ERAC BOUARGANE</b>			
AGADIR			
Tél. : <b>0760423230</b> Total des frais engagés : <b>399,60</b> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
<b>Dr. Jawad BEN MAHFoud</b> OPHTHALMOLOGISTE Bd. Cheikh Saadi N°133 Talborjt Agadir Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>26/01/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EL YAZIDI ABDELLAHANE 73</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>ROUGEUR OCULATRE OG</b>			
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 : *Agadir* - Le : *26/01/23*  
Signature de l'adhérent(e) : *El Yazidi*

## 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
01/01/2013	CD		850,00	Dr. JAWAD BEN MAHFOUD INP : INP.041023979

## EXECUTION DES ORDONNANCES

05 28 22  
INP : 042034439

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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'ODDF.

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



جراحة الجلاة بالدبدبات الصوتية  
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر  
Chirurgie Réfractive

الفحص بالدبدبات الصوتية  
Echographie

تصوير شرايين الشبكية  
Angiographie rétinienne

التصوير المقطعي البصري  
OCT

981

الليزر  
Laser

880

طوبوغرافية القرنية  
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية  
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة  
Contactologie

تشخيص وعلاج جفاف العين  
بالضوء النابض

Diagnostic de la sécheresse oculaire  
et traitement à la lumière pulsée

Dr. Jawad BEN MAHFOUD

Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des yeux

دكتور جواد بن محفوظ

أخصائي في طب  
 وجراحة العيون

Agadir, le .....

26 octobre 2023

Mr EL YAZIDI ABDERRAHMANE

59,60

1/ BROPDEX COLLYRE

1 goutte 6 fois par jour pendant 4 jours

1 goutte 4 fois par jour pendant 3 jours

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

2/ NAVILIPO

1 goutte x4/j/ 2 mois, dans les deux yeux

3/ XOLAMOL COLLYRE

1 gtt 2 fois par jour (à 9h et 21h), dans les deux yeux, pendant 6 Mois

149,60

Dr. BIDNA BEN FATIMA ZAHRA  
IMAM AL BOUKHARI  
100 Avlmaim Al Boukhari  
Ercac Bouargane - Agadir  
Tél/Fax 05 28 22 14 68

Dr. Jawad BEN MAHFOUD

OPHTHALMOLOGIST  
Bd. Cheikh Saadi N° 133 Talborjt Agadir  
Tél: 05 28 38 38 04 05 28 82 75 04

شارع الشيخ السعدي رقم 133 - تمديد -X- تالبورجت أكادير (مصحة تيفاوت)  
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Extension -X- Talborjt - Agadir ( Clinique Tifaoute )  
Tél.: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04 - 05 28 84 25 24 - الهاتف : Fax: 05 28 84 71 84  
الفاكس :

# naviliPO® GOUTTES OCULAIRES

## YEUX SECS

Avec Liposomes  
Hyaluronate de Sodium  
& Vitamine E

Ne contient pas  
de chlorhexidine,  
de thimerosal ou  
de chlorure de  
benzalkonium.

Aide à restaurer  
le micro-environnement  
de la surface oculaire

NOVAX®  
PHARMA

10 ml



3 700822 600668

LOT



BF36505

2025-05

# naviliPO

SOLUTION OPHTALMIQUE LUBRI-  
FIANTE ET APAISANTE À BASE DE  
LIPOSOMES AVEC HYALURONATE  
DE SODIUM ET VITAMINE E

**INDICATIONS :** NAVILIPO aide à préserver et restaurer la surface oculaire altérée par la sécheresse oculaire croissante, l'instabilité du film lacrymal, les blessures, la chirurgie oculaire, le port de lentilles de contact, l'exposition prolongée devant des écrans.

**MISE EN GARDE, INDICATIONS ET MODE D'EMPLOI :** Voir la notice.

**CONSERVATION :** Conserver à l'écart de toute source de chaleur. Conserver dans un endroit sec, entre 5 et 35°C.



REF D10NL159

NOVAX® PHARMA  
Le Coronado  
20, Av. de Fontvieille  
MC 98000 MONACO  
www.novaxpharma.com

VI - Rev. 29/08/2017



Odusou  
RIMAPHARMA  
P/C : 98,00 DH

# naviliPO

EYE DROPS

## DRY EYES

With Liposomes  
Sodium Hyaluronate  
& Vitamin E

Does not contain  
Chlorhexidine,  
Thimerosal, or  
Benzalkonium  
Chloride.

Helps restore the  
ocular surface  
micro-environment

NOVAX®  
PHARMA

10 ml

De M. EL BOURHIDI, Pharmadeun Responsable  
96, Zoum'ha distributor, Tresse, Sousse, Agde - France  
Distributuer par / distributeur par : 30-32-33-34-35-36  
12, Marmouz Street 15451, Neo Pstn, Ateliers - France  
Rabat 10000, Sidi Abdellah, Sidi Abdellah, Rabat, Maroc  
Fabricant par / Manufactured by : 30-32-33-34-35-36  
Zenith Pharma

9



**Bropdex® 0,3g / 0,1g**  
Tobramycin / Dexamethasone  
Flacon de 10 ml

PPV : 51,60 Dhs

Flacon de / Bottle of 10 ml

COLLYRE EN SUSPENSION  
Eye drops suspension

0,3g / 0,1g

Tobramycin/Dexamethasone  
Tobramycin/Dexamethasone

**Bropdex®**

Lot N° / B N° : 302345

Fab / Mfg : 07/2023

Per / Exp : 07/2025





جراحة الجلاة بالديديات الصوتية  
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر  
Chirurgie Réfractive

الفحص بالديديات الصوتية  
Echographie

تصوير شرايين الشبكية  
Angiographie rétinienne

التصوير المقطعي البصري  
OCT

الليزر  
Laser

طوبوغرافية القرنية  
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية  
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة  
Contactologie

تشخيص وعلاج جفاف العين  
بالضوء النابض  
Diagnostic de la sécheresse oculaire  
et traitement à la lumière pulsée

26/10/2023

### NOTE D'HONORAIRES

ICE: 001651926000053

INPE: 041023979

Reçu du patient Mr EL YAZIDI ABDERRAHMANE la somme de **250 DH** pour consultation spécialisée.

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de **deux cent cinquante dirhams.**

Dr. Jawad BEN MAHFoud  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Cheikh Saadi N°133 Talborjt Agadir  
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04