

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-797517

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03508 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDERRAHMANE
 Date de naissance : 30/06/1950
 Adresse : RUE 528, N°17 ERAC BOUARGANE AGADIR
 Tél. : 0760423230 Total des frais engagés : 399,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Jawad BEN MAHFOUD
 OPHTALMOLOGISTE
 Bd. Cheikh Saadi N°133 Talborjt Agadir
 Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26 OCT 2023
 Nom et prénom du malade : EL YAZIDI ABDERRAHMANE 73
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ROUGEUR OCULAIRE OG
 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 : 26/10/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDD N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>د. بوشناقين فياض الزهراني 100 شارع امهال البخاري نوبراك بوركان الهفوف بقيقين 68 14 22 28 05</p>	26/10/2023	149,60

[illegible]

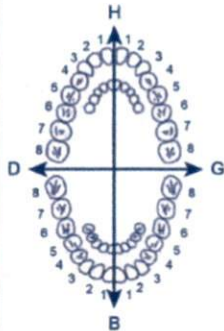
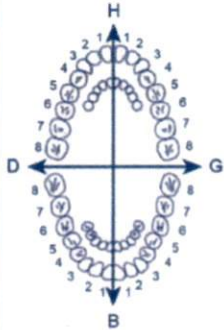
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Jawad BEN MAHFOUD

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux**

دكتور جواد بن محفوظ

**أخصائي في طب
وجراحة العيون**

جراحة الجلالة بالدبدبات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

Agadir, le

26 octobre 2023

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

Mr EL YAZIDI ABDERRAHMANE

57,60

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

الفحص بالدبدبات 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 sechresse oculaire
et traitement à la lumière pulsée

IMAM AL BOUKHARI
Dr. BIDJABEN FATIMA ZAHRA
100, Av. Imam Al Boukhari
Eric Bouargane - Agadir
Tél/Fax : 05 28 22 14 68

Dr. Jawad BEN MAHFOUD
OPHTALMOLOGUE
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 thimérosal ou
de chlorure de
benzalkonium.

Aide à restaurer
le micro-environnement
de la surface oculaire

NOVAX®
FRANCE

10 ml

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 len-
tilles de contact, l'exposition prolon-
gée 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.

STERILE



REF D10NLT50

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

CE
0051

V1 - Rev. 29/06/2017

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®
FRANCE

10 ml

RIMAPHARMA
P/C : 98,00 DH



3 700822 600668

LOT



BF36505
2025-05

Zenith pharma

Flacon de / Bottle of 10 ml

Collyre en suspension
Eye drops suspension

0,3 g / 0,1 g

Tobramycine/Dexaméthasone
Tobramycin/Dexamethasone

Bropdex®

302345
07/2023
07/2025
عيار رقم / B N° / Lot N°
تاريخ الإنتاج / Fab / Mfg
تاريخ الانتهاء / Per / Exp

PPV : 51,60 Dhs

Bropdex® 0,3g / 0,1g

Tobramycine / Dexaméthasone
Flacon de 10 ml



6 118001 272549

Be careful! Don't drive without reading the leaflet
كن حذرا! تجنب القيادة قبل قراءة النشرة

Soyez prudent! Ne pas conduire sans avoir lu la notice

Do not exceed the prescribed dose
لا تتجاوز الجرعة المحددة

Tobrex A (Liquor) / Tobrex A (Liquor) 1

Zenith pharma
Fabrique par / Manufactured by /
Fararm Hellas S.A. Pharmaceutical company
12, Kifissiou Street, 15451, Neo Faliro, Athens - Greece
موزع من طرف /
Distribué par / distributed by /
Zenith Pharma
96, Zone Industrielle, Tassila, Inezgane Agadir - Maroc
Dr. M. EL BOUHADI, Pharmacie Responsable



جراحة الجلالة بالديديبات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

الفحص بالديديبات 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 sechresse 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

Tel: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04