

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-781232



186996

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03508

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELYAZIDI ABDELLAHMANE

Date de naissance :

30/06/1950

Adresse :

RUE 528, N°17, ERAC BOUARGANE

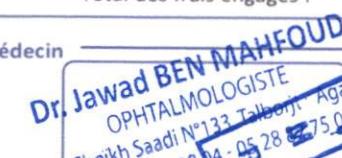
Tél. :

07.60.42.32.30

Total des frais engagés : 637,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17 NOV 2023

Nom et prénom du malade :

Dr. EL YAZIDI ABDERRAHMANE 73

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Glaucome

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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR

Signature de l'adhérent(e) :

Le 17/11/23

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
7 NIV. 2023	VJ	250,00 DH		<p>Dr. Jawad BEN MAHFoud INP : 04T023979 Dr. Jawad BEN MAHFoud OPHTHALMOLOGISTE Bd. Cheikh Saadi N°23 Talborjt Agadir 504 Tel: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 504</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 الامان الطارئ د. يحيى بن نعيم الزهراء شارع عبد الباطن بـ 100 الهاشميـون 05 28 22 14 68	17/11/2023	387,20
		INP : 042034439

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

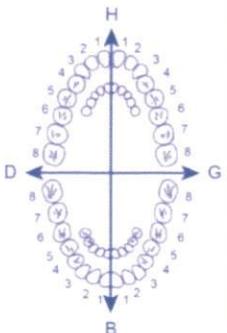
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

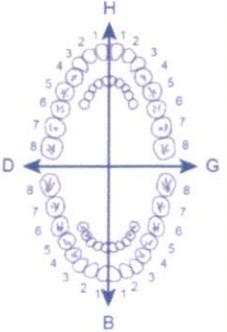
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



جراحة الجلاة بالدبيبات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

الفحص بالدبيبات 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

Dr. Jawad BEN MAHFOUD

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux**

الدكتور جواد بن محفوظ

**أخصائي في طب
وجراحة العيون**

Agadir, le

17/11/2023

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*

شارع الشيخ السعدي رقم 133 - تمديد -X- تالبورjt 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 : 05 28 84 71 84 - Fax: 05 28 84 71 84
الفاكس :



Dr. Jawad BEN MAHFOUD

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux**

جراحة الحالة بالدبيبات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

الفحص بالدبيبات الصوتية
Mr EL YAZIDI ABDERRAHMANE
Echographie

تصوير شرايين الشبكية
Angiographie rétinienne

129,20

التصوير المقطعي البصري

OCT

1/ XOLAMOL COLLYRE

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

الليزر
Laser

129,00

2/ POSIFORMIN POMMADÉ

1 app 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 21 jours

3/ VISNEUROX COLLYRE

1goutte x3/j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

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

الدكتور جواد بن محفوظ

أخصائي في طب
 وجراحة العيون

Agadir, le

17 novembre 2023



بيان البخاري
د. بيطشنان فاطمة الزهراء
الهاتف: 05 28 84 25 24 - 05 28 82 75 04
الfax: 05 28 84 71 84

*Dr. Jawad BEN MAHFOUD
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Talborjt - Agadir (Clinique Tifaoute)
Tel: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04 - 05 28 84 25 24 - الهاتف : 05 28 84 71 84 - Fax: 05 28 84 25 24*

شارع الشيخ السعدي رقم 133 - تمديد -X- تالبورjt 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 : 05 28 84 71 84 - Fax: 05 28 84 25 24



Posiformin® 2%

Bibrocathol

Tube de 5g

**Pommade ophthalmique
désinfectante**

Enfants et Adultes

Voie local / En instillation oculaire

Steripharma
PPV:129,20 dh

Posiformin® 2 %
Tube de 5 g



6 118001 110841

Composition: 1 g de pommade ophtalmique contient:
Bibrocathol 20 mg, Vaseline blanche, Paraffine liquide,
Graisse de laine.

Liste des excipients à effet notable: Graisse de laine.
Voir la notice pour plus d'information.

Veuillez lire attentivement la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Fabricant: URSAPHARM Arzneimittel GmbH,
Industriestraße 35, 66129 Saarbrücken, Allemagne

بوزيفور مين (٢) %

بيبروكاثول

أنبوب 5 غرام

مرهم مطهر للعين

الأطفال والبالغين

مواضعي / غرس في العين

إرصادار

Lot n°/A utiliser avant:
305142
09/2025

Solution ophtalmique stérile
Flacon de 10 ml e



Citicoline et Acide
Hyaluronique

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 129.00

OPKO



Brevet Européen n° EP2538918
Brevet des États-Unis n° US58822429
Brevet du Japon n° JP5801324

Pour les indications, les instructions
d'utilisation et les avertissements,
veuillez lire attentivement la notice.

Ne pas utiliser après la date de
péremption. Le produit doit être utilisé
dans les 30 jours suivant la première
ouverture du flacon. Tenir hors de la
portée et de la vue des enfants. Le
produit est uniquement destiné à un
usage ophtalmique externe.

CE 0546

-25°C

Solution ophtalmique stérile
Flacon de 10 ml e



Citicoline et Acide
Hyaluronique

OPKO

8 414042 004490

LOT 0450223
2026 02



Solution ophthalmique stérile

Flacon de 10 ml e



Citicoline et Acide Hyaluronique

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Loubier Ibhau
El Aouan 20500 Casablanca
P.P.C: 129.00

OPKO



Brevet Européen n° EP2538918
Brevet des États-Unis n° US8822429
Brevet du Japon n° JP5801324

Pour les indications, les instructions d'utilisation et les avertissements, veuillez lire attentivement la notice.

Ne pas utiliser après la date de péremption. Le produit doit être utilisé dans les 30 jours suivant la première ouverture du flacon. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Le produit est uniquement destiné à un usage ophthalmique externe.

CE 0546

25°C

Solution ophthalmique stérile

Flacon de 10 ml e



Citicoline et Acide Hyaluronique

OPKO

8 414042 004490

LOT 0450223
2026 02

