

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° W21-781232

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03508 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELYAZIDI ABDERRAHMANE

Date de naissance : 30/06/1950

Adresse : Rue 588, N°17, ERAC BOUARGANE

AGADIR

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 : M. EL YAZIDI ABDERRAHMANE Age : 73

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

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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR Le : 17/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
7 NOV. 2023		5	25000	

Dr. Jawad BEN MAHFOUD
INP : 040203979
Dr. Jawad BEN MAHFOUD
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Cheikh Saadine 233 Talborjit Agadir
Tel: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>الامام الخاروي د. بوشينان فاضلة الهوام 100 شارع علم البشري لبراك بوركنا الجنينة/تونس 68 14 22 26 05</p>	17/11/2023	387,20
	INP : 042034439	

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

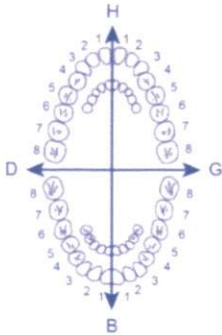
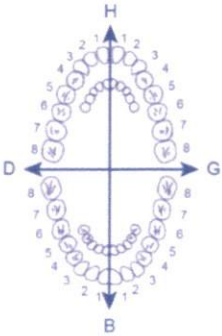
[illegible]

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	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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

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**

الدكتور جواد بن محفوظ

**أخصائي في طب
وجراحة العيون**

جراحة الجلالة بالدبدبات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

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

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
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04

la somme de 250

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



Dr. Jawad BEN MAHFOUD

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux**

الدكتور جواد بن محفوظ

**أخصائي في طب
وجراحة العيون**

جراحة الجلالة بالدبذبات الصوتية
Chirurgie par Phacoémulsification

Agadir, le

جراحة قصر البصر
Chirurgie Réfractive

17 novembre 2023

لفحص بالدبذبات الصوتية
Echographie
Mr EL YAZIDI ABDERRAHMANE

تصوير شرايين الشبكية
Angiographie rétinienne

1/ XOLAMOL COLLYRE

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

التصوير المقطعي البصري
OCT

2/ POSIFORMIN POMMADE

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

الليزر
Laser

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 sechresse oculaire
et traitement à la lumière pulsée

Dr. Jawad BEN MAHFOUD
OPHTALMOLOGISTE
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)
الفاكس : 05 28 84 71 84 - الهاتف : 05 28 82 75 04 - 05 28 38 38 04



Posiformin® 2 %

Bibrocathol

Tube de 5g

**Pommade ophtalmique
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 notoire: 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

بوزيفورمين (م) 2 %

بيبروكاثول

أنبوب 5 غرام

مرهم مطهر للعين

الأطفال والبالغين

موضعي / غرس في العين

إرسافارم

Lot no°/A utiliser avant:

305142

09/2025



Solution ophtalmique stérile
Flacon de 10 ml e

VISneurox®
Omkl

Citicoline et Acide
Hyaluronique

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouim 20500 Casablanca
P.P.C: 129.00

OPKO

VISneurox®
Omkl

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 ophtalmique externe.

CE 0546



Solution ophtalmique stérile
Flacon de 10 ml e

VISneurox®
Omkl

Citicoline et Acide
Hyaluronique

OPKO



LOT 0450223
2026 02

Solution ophtalmique stérile
Flacon de 10 ml e

VISneurox®
Omk1

Citicoline et Acide
Hyaluronique

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

OPKO

VISneurox®
Omk1

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 ophtalmique externe.

CE 0546

25°C

Solution ophtalmique stérile
Flacon de 10 ml e

VISneurox®
Omk1

Citicoline et Acide
Hyaluronique

OPKO

8 414042 004490

LOT 0450223

2026 02