

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REUITS

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-771466

AS3733

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 03508	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABDERAHMANE
Nom & Prénom : EL YAZIDI			
Date de naissance : 30/06/1950			
Adresse : RUE 528, N°17 ERAC BOUARGANE AGADIR			
Tél. : 0760423230		Total des frais engagés : 35830 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. Jawad BEN MAHFOUD OPHTALMOLOGISTE Bd. Cheikh Saadi N°133 Talbot Agadir Tél: 05 28 38 38 64 05 28 82 75 04	Dr. Jawad BEN MAHFOUD INP 041023979
Date de consultation : 114 FEV 2023	Nom et prénom du malade : Mr. EL YAZIDI ABDERAHMANE	Age:
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Cataracte Totale à l'œil gauche		
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 17/02/2023  
Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEILLER 93

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Bg. Cheikh Saadi N°33 Talborjt Agadir

**EXECUTION DES ORDONNANCES** tel. 05 28 38 38 04 - 05 28 52 75 94

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>INP : 042034439</b>  <b>PHARMACIE</b> <b>IMAM AL BOUKHARI</b> Dr. BIDNA BECHAFAMA ZAHRA 100, Av.Imam Al Boukhari Ercac Bouargane - Agadir +212 52 22 64 68	14/02/2023	358.30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICALS

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 canalaires, 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	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
<hr/>																			
G	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
				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**



جراحة الجلالة 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 .....

**14 février 2023**

**Mr EL YAZIDI ABDERRAHMANE**

**1/ CHIBRO CADRON COLLYRE**

1 goutte 6 fois par jour pendant 5 jours  
1 goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

28,60

**2/ LEFOX COLLYRE**

1 goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

58,60

**3/ INDOCOLLYRE 0.1%**

1 goutte x 4 / j pendant 1 mois

58,40

**4/ FRAKIDEX POMMADE**

1 appl / j le soir pendant 7 jours

20,80

**5/ PHYLARM**

Lavage oculaire chaque matin

99,40

**6/ PANSEMENT OCULAIRE AVEC TISSU BLANC**

A changer chaque matin

66,00

**7/ BIOVANIC 500 MG**

1 cp par jour pendant 5 jours à commencer la veille de l'intervention.

24,30

**A prendre un bain la veille de l'intervention**

**Rv à clinique TIFAOUTE le: 22/02/2023 à: 8h 00 du matin**

PHARMACIE  
IMAM AL BOUKHARI  
Dr. BIDABENATIMA ZAHRA  
100, Av. Imam Al Boukhari  
Eraç Biouargane - Agadir  
Tél/Fax : 05 28 22 14 68

Dr. Jawad BEN MAHFOUD  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Cheikh Saadi N° 133 - Extension -X- Talborjt - Agadir ( Clinique Tifaoute )  
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04

358,30

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 - Fax: 05 28 84 71 84

الفاس



**que l'œil est irrité**  
**À chaque fois**

16 unidoses stériles de 10 ml

HER MEDIC  
PPC  
59.00 DHS



Solution stérile pour usage oculaire

Solution stérile pour usage oculaire

# **PhyLarm**



16 unidoses stériles de 10 ml

**À chaque fois**  
**que l'œil est irrité**

Date de fab Date Exp 04.2022 03.2024

# ~~FRAKIDEX®~~ فراکیدекс



05/2025  
05/2022  
202040

Per / Exp / انتهاء الصلاحية :  
Fab / Mfg / إنتاج :  
Lot No / B No / رقم التسلیم :

# Lefox®

Lévofoxacine

0,5 %

Collyre en solution  
Eye drops solution

Flacon de / Bottle of 5 ml

Zenith pharma

PPV : 58,60 Dhs

**Lefox® 0,5 %**  
Lévofoxacine  
Flacon de / Bottle of 5 ml



6

Zenith pharma

Manufactured by / مصنوع من / Rafarm Hellas S.A Pharmaceutical Company

Thessaloniki 54002, Greece - اليونان

Distributed by / Distributed by / موزع من / Agadir - Morocco

Zenith Pharma : 96, Zone Industrielle, Tassila, Inezgane Agadir - Morocco

Dr. M. EL BOUHARI - Pharmacist - دكتور م. بوحاري - مصري



500 ملغ

**BioVanic 500 mg**  
5 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج.وأجدي صيدلي مسؤول  
الطبابة العامة - طرابلس - لبنان

# بيوفانيك

ليفوفلوكساسيين

مضاد حيوي

عن طريق الفم

أقراص مغلفة قابلة للكسر

LOT: M0809  
PER: 06/2024  
PPU: 69,00DH



5 أقراص مغلفة قابلة للكسر  
ليفوفلوكساسيين

بيوفانيك

مضاد حيوي



5

Code : AC2 - 00183