

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-671571

pay commun

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03508 Société : RAM 202712

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELYAZIDI ABDERRAHMANE

Date de naissance : 30/06/1950

Adresse : RUE 528, N°17, ERAC BOUARGANE - AGADIR.

Tél. : 0760423230 Total des frais engagés : 640,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/04/24

Nom et prénom du malade : ELYAZIDI ABDERRAHMANE Age : 74

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

Nature de la maladie : consultation ophtalmologique

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 : 04/04/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
04/04/24	C.S.	C.S.	G	INP : 031064439 code 2650 الطبيب سعيد علي D ^{CTEUR SAID ALILOU} OPHTALMOLOGIE

Dr. BEN SALAH Hay Mohammadi AGADIR
Tel: 05 28 87 32 49 / 05 28 28 48 47 / 06 77 78 02 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

04/04/24 371,20

INP : 042034439

PHARMACIE
IMAM AL BOUKHARI
Dr. BIDNABEN FATIMA ZAHRA
100, Av. Imam Al Boukhari
Espace Bouargane - Agadir
Tel/Fax : 05 28 22 14 68

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

04/04/24 3998 275,00

043002096

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. ZAOUI LHEROU
25-27 Rue du Président Benbou
O. L. AGADIR
Tel/Fax : 05 28 22 14 68

AUXILIAIRES MEDICAUX

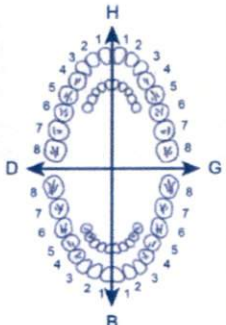
Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

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.

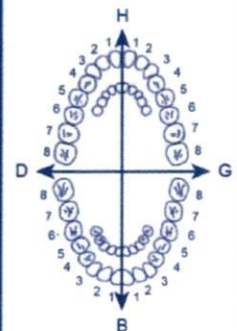
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Agadir le : 04/04/2024

ORDONNANCE

MR : EL YAZIDI ABDERRAHMANE

54,40 x 2

71,20 x 2

120,00

1. Tobradex pommade 1 appl le soir /1mois
2. Azyter 1gtte /j/6j à renouveler chaque 15j
pd 3 mois
3. Naviblef 1 appl x2/j 1mois
4. Sérum autologue 1gtte x8/j/1mois

371,20

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE - LUMIERE DES YEUX
العيون - نور العيون
العيون - نور العيون
Croisement Av. Fqih ben Saleh et Av. El Jadida
Hay Mohammadi - AGADIR
Tél : 05 28 20 10 47 - Whatsapp : 06 77 78 02 22



PHARMACIE
IMAM AL BOUKHARI
Dr. BIDNABEN IMMA ZAHRA
100, Av. Imam Al Boukhari
Erac Bouargane - Agadir
Tel/Fax : 05 28 22 14 68

الدكتور سعيد عليلو
DOCTEUR SAÏD ALILOU
OPHTALMOLOGIE
Av. FAH BEN SALAH et Hay Mohammadi AGADIR
Tel : 05 28 67 32 49 / 05 28 28 46 47 / 05 28 28 47 15

Croisement Av. Fqih ben saleh et Av.El jadida, Hay Mohammadi, Agadir

تقاطع شارع الفقيه بن صالح مع شارع الجديدة, الحي المحمدي اكادير

Whatsapp : 06 77 78 02 22 - Tel Fixe : 05 28 20 10 47

Titulaire d'AMM
au Maroc:

صاحب رخصة التسويق

بالمغرب:

Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182
Bouskoura-Moroc

Sous licence des

Laboratoires :
Novartis Pharma
Schweiz AG - Suisse.

Fabricant : **المصنع :**
Alcon-Couvreur N.V.,
Rijksweg 14,
B-2870 Puurs,
Belgique

Alcon Cusi, S.A.
Camil Fabra 58,
08320 El Masnou,
Barcelona, Espagne



TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
0,3/0,1%
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE
(Tobramycine - Dexaméthasone)

أنبوب من 3,5 غ / 3,5 غ
عن طريق العين
Voie Opthalmique



Se reporter à la notice
qui accompagne le produit

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES
PRESCRITES

لا ينبغي
تخطي جرعات الجرعات
الموصوفة (1)
UNIQUEMENT SUR
ORDONNANCE

جدول (ثلاثة 1) -
يجب فقط بموجب
وصفة طبية

TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE
(Tobramycine / Dexaméthasone)

0,3/0,1%

توبرادكس®

مرهم للعين

توبراميسين / ديكساميثازون

%0.1/0.3

NOVARTIS

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Conserver le tube à température ambiante (15-25 °C),
hors de la vue et de la portée des enfants.
Jeter 30 jours après la première ouverture du tube.

اقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال.
قم بحفظ أنبوب الدواء في درجة حرارة الغرفة (15-25 درجة مئوية).
بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال.
يجب رمي هذا الدواء بعد 30 يوما من تاريخ فتحه الأول.

التركيبية :
Composition :
Chaque gramme de TOBRADEX pommade
ophtalmique contient :
Principes actifs :
Tobramycine 0,3 %
Dexaméthasone 0,1 %
المادة الحافظة :
Conservateur :
Chlorobutanol 0,5 %
المواد الفعالة :
توبراميسين
ديكساميثازون
كلوروبوتانول
المواد الحافظة :
Exipients : Paraffine liquide, vaseline blanche, alcool.
السوائل :
زيت بارافين، صابون، وازلين أبيض،



Azyter[®]

15 mg/g

أزيتير[®]

15 مغ/غ

Collyre en solution en récipient unidose

Azithromycine dihydrate

Récipient unidose de 0,25 g

Boîte de 6 récipients unidoses

قطرات للعين على شكل محلول في وعاء أحادي الجرعة.

أزيتروميسين ثنائي الاماهة

وعاء أحادي الجرعة بسعة 0,25 غ

علبة من 6 أوعية أحادية الجرعة.

Sans conservateur

دون مادة حافظة

 Théa

Lot :

293AZ

Fab :

09/2023

EXP :

03/2025

COOPER PHARMA

PPV: 71,20 DH





Azyter[®]

15 mg/g

أزيتير[®]

15 مغ/غ

Collyre en solution en récipient unidose

Azithromycine dihydrate

Récipient unidose de 0,25 g

Boîte de 6 récipients unidoses

قطرات للعين على شكل محلول في وعاء أحادي الجرعة.

أزيتروميسين ثنائي الاماهة

وعاء أحادي الجرعة بسعة 0,25 غ

علبة من 6 أوعية أحادية الجرعة.

Sans conservateur

دون مادة حافظة

 Théa

Lot :

293AZ

Fab :

09/2023

EXP :

03/2025

COOPER PHARMA

PPV: 71,20 DH



navibler®
RIMAPHARMA
PVC : 120,00 DH
INTENSIVE CARE

navibler®
INTENSIVE CARE
MOUSSE POUR PAUPIÈRES

AIDE À ÉLIMINER LES SÉCRÉTIONS
ET DÉBRIS DES PAUPIÈRES ET DES CILS
COLONISÉS PAR LES BACTÉRIES
ET DEMODEX

COMPOSITION : D-panthénol, Aloe Vera, Taurine, Mé-
lisseu Alternifolius (huile essentielle d'ordre à thé),
Artemisia Nobilis (huile essentielle de camomille),
Arôme de Camomille et Eau purifiée.

DESCRIPTION ET INDICATIONS : NAVIBLER® INTENSIVE
CARE est destiné à l'hygiène des paupières et des cils et
au nettoyage des sécrétions oculaires sévères et des débris
présents sur les paupières et les cils.

Ce produit est présent dans les états inflammatoires en
cas de blépharites et blépharocconjunctivites, en cas
de présence de bactéries et Demodex (acariens des
paupières), de sécheresses oculaires, du port de lentilles
de contact ou après une chirurgie oculaire.

NAVIBLER® INTENSIVE CARE peut aider à réduire les
risques d'infection liés à la présence de bactéries sur
les paupières et les cils, avant une chirurgie oculaire.

CONSULTER LA NOTICE JOINTE AVANT UTILISATION
POUR PLUS D'INFORMATION
Conserver dans un endroit sec
et en dessous de 35°C.
POUR USAGE EXTERNE SEULEMENT
Ne pas utiliser après la date d'expiration.



BLÉPHARITIS
OCULAR SÉCRÉTIONS
OCULAR SURGERY



EYELID
FOAM

50 ml e NOVAX PHARMAS

Distributeur :
RIMA PHARMA
Bd. Abdelmonnen,
Res. Les Champs Center
Imm. B, 7ème étage, N°4
Casablanca - MAROC
N° CE : 9694/2017 /DMP
Date : 5/10/2017

navibler®
INTENSIVE CARE

MOUSSE POUR
PAUPIÈRES



BLÉPHARITE
SÉCRÉTIONS OCULAIRES
CHIRURGIE OCULAIRE

50 ml e NOVAX PHARMAS

MUPRAS

Bonjour,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint, mon dossier de mutuelle suivant :

1/ FM nro W21-671571 (646,20 DH)

Je vous en souhaite bonne réception
avec mes sincères remerciements.

El yazidi Abderrahmane MLE 03508



Agadir le : 04/04/2024

ORDONNANCE

MR : EL YAZIDI ABDERRAHMANE

Faire svp :

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. AZAOU Lhcen
25-27 Rue du Président Bekkay
Q. I. - AGADIR
Tél: 0528 84 35 86 Fax: 0528 82 78 00

Sérum autologue

العيون نور العيون
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE
تقاطع شارع الفقيه بن صالح مع شارع الجديدة، الحي المحمادي - آغادير
Croisement Av. Fakh ben Saleh et Av. El Jadida, Hay Mohammadi - AGADIR
Tél: 05 28 84 35 86 - 06 77 78 02 22

الدكتور سعيد عليلو
DR. SAÏD ALILOU
OPHTALMOLOGUE
Av. FAKH BEN SALAH Hay Mohammadi Agadir
Tél: 05 28 87 32 49 / 06 78 78 46 47 / 06 77 78 02 22

Croisement Av. Fakh ben saleh et Av.El jadida, Hay Mohammadi, Agadir

تقاطع شارع الفقيه بن صالح مع شارع الجديدة، الحي المحمادي آكادير

Whatsapp : 06 77 78 02 22 - Tel Fixe : 05 28 20 10 47



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU DOCTEUR AZAOU

25-27 RUE DU PRESIDENT BEKKAI QUARTIER INDUSTRIEL (EN FACE DE LA PHARMACIE CHAAB)
80 000 AGADIR - T E L : 05 28 84 35 86 - F A X : 05 28 82 78 00

DOCTORAT OBTENU A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN FRANCE.
DIPLOME DE SPECIALISATION EN BIOLOGIE MEDICALE DE L'UNIVERSITE RENE DESCARTES PARIS.
DIPLOMES UNIVERSITAIRES DES FACULTES DE MEDECINE DE PARIS EN:
- ENDOCRINOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET GYNECOLOGIE MEDICALE
- THERAPEUTIQUE EN STERILITE
- BIOLOGIE CLINIQUE ET ONCOLOGIE
- PARASITOLOGIE MEDICALE ET TECHNIQUE
- MEDECINE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
- IMMUNO-RHUMATOLOGIE
- HEMATOLOGIE

Docteur ALILOU Said
Clinique Lumière des yeux
Hay Mohammadi
80000 AGADIR

Dossier: 04/04/2024-012 Edité le: 04/04/2024

Prélèvement Au Laboratoire 12:22:54

Patient Né : 30/06/1950

Mr EL YAZIDI Abderrahmane

Rue 528 N°17

Erac bouargane

80000 AGADIR

N° page 1 / 1

BIOCHIMIE

Valeurs de référence

06/02/2024

Préparation du sérum autologue. 12 ml
(Autohémothérapie)

Docteur Azaou Lhcen

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. AZAOU Lhcen
25-27 Rue du Président Bekkay
Q. I. - AGADIR
Tél: 0528 84 35 86 Fax: 0528 82 78 00



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU DOCTEUR AZAOU

25-27 RUE DU PRESIDENT BEKKAI QUARTIER INDUSTRIEL (EN FACE DE LA PHARMACIE CHAAB)
80 000 AGADIR - T E L : 05 28 84 35 86 - F A X : 05 28 82 78 00

DOCTORAT OBTENU A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN FRANCE.
DIPLOME DE SPECIALISATION EN BIOLOGIE MEDICALE DE L'UNIVERSITE RENE DESCARTES PARIS.
DIPLOMES UNIVERSITAIRES DES FACULTES DE MEDECINE DE PARIS EN:

- ENDOCRINOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET GYNECOLOGIE MEDICALE
- THERAPEUTIQUE EN STERILITE
- BIOLOGIE CLINIQUE ET ONCOLOGIE
- PARASITOLOGIE MEDICALE ET TECHNIQUE
- MEDECINE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
- IMMUNO-RHUMATOLOGIE
- HEMATOLOGIE

LIBELLÉ

Edité le : jeudi 4 avril 2024

FACTURE pour votre mutuelle

04042024 012

REN_B0

PSR B228

NUMERO D'IMMATRICULATION

LIBELLÉ

ICE:

001580821000064

BENEFICIAIRE nom et prenom EL YAZIDI Abderrahmane

BENEFICIAIRE adresse Rue 528 N°17

BENEFICIAIRE ville 80000 AGADIR

BENEFICIAIRE Date Naissance : 30/06/1950

DATE D'ORDONNANCE 04/04/2024

DATE DES EXAMENS 04/04/2024

Nombre de B total : 228

Total prélèvements : 25,00

PART ORG. OBLIGATOIRE

TAUX

ORGANISME DEST.

PART ORG. COMPLEMENTAIRE

TAUX

ORGANISME COMPL.

PART ASSURE 275,00

TOTAL 275,00

Date saisie	No dossier	Paiement	Date paiement	Mode reglement	Banque
04/04/2024	12	275,00	04/04/2024	Espèces	

Total réglé : 275,00

SIGNATURE ET TAMPON LABORATOIRE

Laboratoire d'Analyses Médicales

Dr. AZAOU Lhacen

25-27 Rue du Président Bekkay

Q. I. - AGADIR

Tél: 0528 84 35 86 Fax: 0528 82 78 00