

## 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 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

- 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.

N° W19-526856

ND: 29454

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

11120

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

LARYED

YOUSSEF

Date de naissance :

24/03/1974

Adresse :

ROYAL AIR - ESCALE BEYROUTH - AEROPORT  
FARIC HARIRI - LIBAN

Tél. :

961 76 71 00 6

Total des frais engagés : 572.40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr SABIHI AL-DDINI  
Av. Khalid Ibn Walid  
Rue Rabeaâ El Aâdaoui  
Nay Dakhla AGADIR  
Tel 028 23 36 04

Date de consultation :

24 FEV 2020

Nom et prénom du malade :

El HATIBI Amal

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Optique +  
22 JUIN 2020

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 : 24/FEV 2020

Signature de l'adhérent(e) :

JC

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-526856

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11120

Nom de l'adhérent(e) : LARYED YOUSSEF

Total des frais engagés : 572.40

Date de dépôt :

## 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
24 FEV 2020	V	1	10000	INP : 04900235 DR SABHI AZ-DDINE Av. Khayr Ibn Walid Rue Rabeb Aâdaoui Nay Dakhlia GADIR N° 23 36 04

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMAJIE AGADIR Khalil Agadiri Pharmacie Doc. 14 Rue El Kantaoui 20100 Agadir Tél. : 05 28 23 90 09	24/02/2023	372140

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur Azeddine SABIHI

Médecine Générale

Diplômé en santé publique  
(Toulouse - France)

Avenue Khalid Ibn Walid  
Rue Rabeâa El Aâdaouia  
Hay Dakhla - Agadir

Tél: 05 28 23 36 04

GSM : 06 61 28 60 42

الدكتور عز الدين صبيحي

Dr Halima  
Amal

الطب العام  
اخصائي في الصحة العمومية  
(تولوز - فرنسا)

شارع خالد بن الوليد  
زنقة ربعة العدوية حي الداخلة - أكادير

الهاتف : 05 28 23 36 04  
المحموص : 06 61 28 60 42

Agadir, le

24 FEV 2020

أكادير، في

37245  
Depo- Medo (80g)  
10  
11  
12. Avamys (Spray) 2 pulv / 100 ml  
13. PHARMA KID CONSEIL  
44 Rue El Kawkab, Cht. Dakhla, AGADIR  
Tél. : 05 28 23 90 09  
Dr SABIHI AZ-DOINE  
Av. Khalid Ibn Walid  
Rue Rabeâa El Aâdaouia  
Hay Dakhla - AGADIR  
Tél. 05 28 23 36 04  
37245



# Apixol®

Spray gorge

Adultes

À base d'actifs naturels

Calme l'irritation  
et Soulage la douleur  
de la gorge

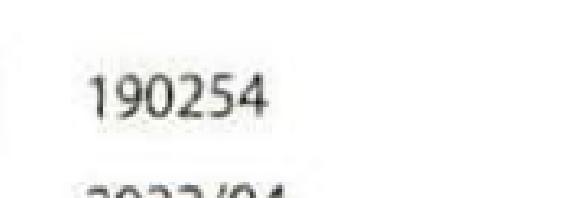
Flacon  
Pulvérisateur

FRANCE

DISPOSITIF MÉDICAL CE

30ml

**MEDIPRO**  
PHARMA



8 032578 479676

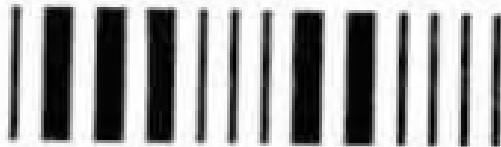
LOT

190254

22

2022/04

PPC: 89,50 DH



28 comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de Lévoceftirizine

**Xyzall 5 mg**

9050

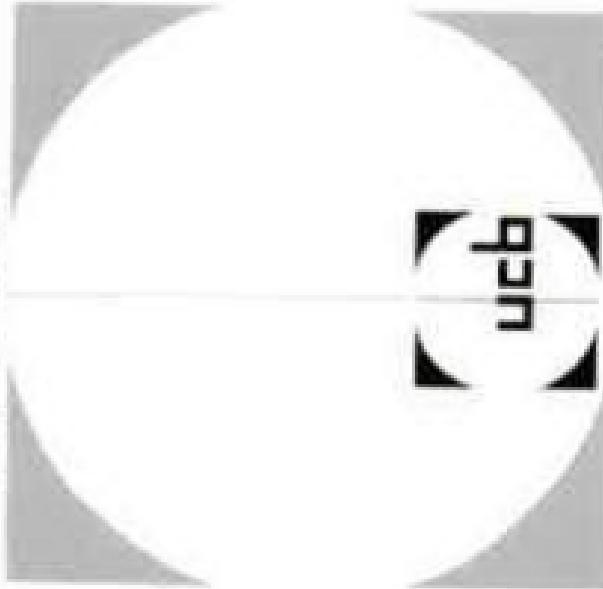
LOT 192642 1

EXP 11 2023

PPV 96 50



Dichlorhydrate de Lévoceftirizine

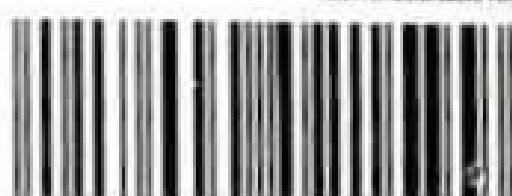


**Xyzall 5 mg**

28 comprimés pelliculés



Non returnable ADO



6 118000 021599



1 flacon 120

Furoate de fluticasone

27,5 microgrammes/  
pulvérisation

Suspension pour pulvérisation nasale



Contient également : glucose anhydre, cellulose dispersible, polysorbate 80, chlorure de benzalkonium, édétate disodique et eau purifiée.

Bien agiter avant utilisation.

Lire la notice avant utilisation.

Voie nasale.



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

Médicament soumis à prescription médicale



# DEPO-MEDROL®

80 mg/2 ml

مستعلق للحقن/ suspension injectable/

أسيتات ميثيل بريدينزولون/ acétate de méthylprednisolone/

حقنة 2 مل/ 2 ml Seringue/  
يُحقن عن طريق العضل - I.M. -

ديبو ميدرول®  
80 مغ/2 مل

LOT/EXP:

CW8754  
11/2023  
P.P.V: 37DH70