

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.

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° W19-595059

57497

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11120

Société : R-A-M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LABYED Youssef

Date de naissance : 24 MARS 1974

Adresse : Bloc E12 - NE4188 CITE DAKHLA
RUE FARABI - AGADIR

Tél. : 06 42 76 96 71 Total des frais engagés : 652.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AZ'EDDINE SABIR
Médecin Général
Tél : 048.23.36.04
GSM : 061.28.60.42

Date de consultation : 14 DEC 2020

Nom et prénom du malade : Labyed Youssef Age : 46 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Scialope Hypertension

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 : 14 / 12 / 20

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
1 DEC 2020	V		20000	INP : 047904328 Dr. AZ'EDDINE SABIH Médecin Général Tél : 048.23.36.04 GSM : 061.26.63.12
18 DEC 2020	C			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOTFY Khaili LOTFY Docteur en Pharmacie 14 Rue El Kawakibi, Cité Bakimia, AGADIR Tél : 05 28 51 10 98	08/12/20 14/12/20	157,30 295,20


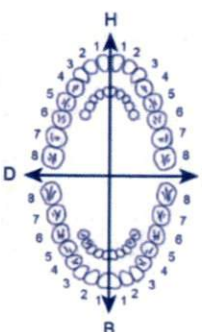
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

الطب العام

إخصائي في الصحة العمومية
(تولوز - فرنسا)

شارع خالد بن الوليد
زنقة ربيعة العدوية حي الداخلة - أكادير

الهاتف : 05 28 23 36 04

المحمول : 06 61 28 60 42

Labyed
young

Agadir, le

14 DEC 2020

في أكادير،

56,30

17
55,70
27

30,00
37

28,80
41

44,90
17

79,50
12

Valerian
Cottage (ing)

Neurobol - 600
2017

Alahouri (for 100)

30 14
Pancos - 100 (CH)

1000
VEGEBOM (new draft)

PPV
LOT
PR 28,80

PHARMACIE LOTFY
Khalil LOTFY
Docteur en Pharmacie
4, Rue El Kawakibi Cité Dakla - AGADIR
Tél. : 05 28 23 90 09

الدكتور عز الدين صبيحي
Dr. AZEDDINE SABIHI
Médecin Général
Tél : 05 28 23 36 04
GSM : 06 61 28 60 42

VEGEBOM 45g
PPC : 79,50 DH
Ut av :
Déc/ 2022
Lot :
087719022
MEDIPRO PHARMA
SECOURS

T 295,20

Cachet du médecin

الدكتور عز الدين صبيحي
Dr. AZ'EDDINE SABIHI
Médecin Général
Tél : 048.23.36.04
GSM : 061.28.60.42

ORDONNANCE

Labyas yonsh

18 DEC 2020 le

59,30

4 Brebin (20mg) (q/e)

PHARMACIE LOTFY
Khalil LOTFY
Docteur en Pharmacie
14, Rue El Kawakibi Cité Dakhlia
Tél : 05 28 23 98 03

2ef / 17/21
19/17/15

53,10 et

Relaxol 600
2024/5

44,90

31

Remoto (20mg)

1 sup / 5 lewri

T
157,30

الدكتور عز الدين صبيحي
Dr. AZ'EDDINE SABIHI
Médecin Général
Tél : 048.23.36.04
GSM : 061.28.60.42

Brexin[®]

Piroxicam- β -cyclodextrine

voie orale

10 comprimés effervescents

LOT 20007
PER 07/23
PPV P9DII30



59,30

2x

chiesi

112 x 66 x 20

Voltarène®

75 mg / 3 ml

5 Ampoules

فولتارين®

75 ملغ / 3 مل

05 أمبولات

Voltarène®

75 mg / 3 ml

5 Amp. 75 mg/3ml

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II - Uniquement sur ordonnance.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Voir la notice pour plus d'informations.

يحفظ الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.

يحفظ الدواء بعيداً عن الضوء.

يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و مراه الأطفال.

انظر إلى النشرة لمزيد من المعلومات.

Diclofenac Sodium 75 mg

Excipients à effet notoire : Mannitol, Metabisulfite de sodium,
Alcool benzylique et Propylène glycol.

Eau pour préparation qsp 1 ampoule de 3 ml

Fabriqué par : **صنعة من طرف :**
Novartis Pharma Stein AG
Schaffhauserstrasse 4332 Stein, Suisse.
Et Lek Pharmaceuticals d.d Verovskova
57 SI-1526 Ljubljana Slovenia
صاحب الحق: **AMM: Titulaire de l'**
Novartis Pharma Maroc S.A.
82, Bd Chetichouni,
O 1 Ain Sebba 20 590 Casablanca -Maroc.



VOLTARENE® 75 mg/3 ml
Solution injectable Boîte de 5.
PPV: 56,30 DH 46117135 MA

05 أمبولات

75 ملغ / 3 مل

فولتارين®

Voltarène®

75 mg / 3 ml

5 Ampoules

MA
46241719

Coltramyl[®] 4 mg/2 ml

Thiocolchicoside

LOT 0047

PER 06 22

PPV 55.70 DH

Solution injectable

Voie intramusculaire

6 ampoules de 2 ml

SANOFI 

رولاكسول® 500ملغ/2ملغ

باراسيتامول/ثيوكولشيكوزيد

قرصا 20

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:06 2023

LOT :20E016

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V :53DH10



RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

Rémox[®]
Piroxicam 20 mg

12 suppositoires

Voie rectale

Rémox[®]
Piroxicam 20 mg

12 suppositoires

Voie rectale

LOT 20C021

EXP 10/23

PPV 44DH90



MEDINFAR

Rémox[®]
Piroxicam 20 mg

12 suppositoires

Voie rectale

Rémox[®]
Piroxicam 20 mg

12 suppositoires

Voie rectale

LOT 20C021

EXP 10/23

PPV 44DH90



MEDINFAR

30 Comprimés
Pelliculés

Nurodol®

Ibuprofène **400 mg**

DOULEURS - INFLAMMATION

Voie orale

PPV :

30,00



LOT :

PER :