

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- 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.

N° W19-595059

57497

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>11120</b>	Société : <b>R-A-M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>YOUSSEF</b>
Nom & Prénom : <b>Labyed YOUSSEF</b>			
Date de naissance : <b>24 MARS 1974</b>			
Adresse : <b>Blouc E12 - N°41 B18 - CITE DAKHLA - RUE FARABI - AGADIR</b>			
Tél. : <b>06 42 76 96 71</b> Total des frais engagés : <b>652.50 Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr. AZ'EDDINE SABIH</b>  <b>Médecin Général</b>  <b>Tél : 048.23.36.04</b>  <b>GSM : 061.28.60.42</b> </div>			
Date de consultation : <b>14 DEC 2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Labyed YOUSSEF</b> Age : <b>46ans</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Scoliose HyperDipique</b>			
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 : **14/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
14 DEC 2020	V		200,00	INP : 041904358 دكتور عز الدين سباعي Dr. AZ'EDDINE SABIHI Médecin Général Tél : 048.23.36.04 GSM : 081.28.65.12
18 DEC 2020	C			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOTFY Khalil LOTFY Docteur en Pharmacie 4, Rue El Kawakibi Cite Dakira - ACAD Tél : 048.23.36.04 Khalil LOTFY Docteur en Pharmacie 4, Rue El Kawakibi Cite Dakira - ACAD	18/12/20	157,30
	16/12/20	295,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

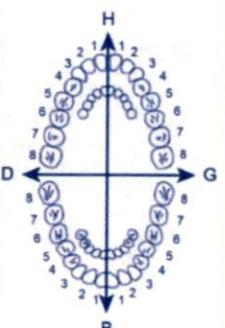
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

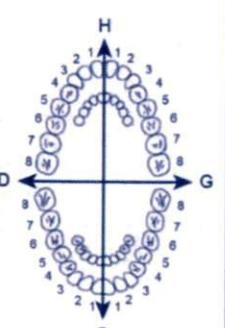
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
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

أخصائي في الصحة العمومية  
(تونس - فرنسا)

شارع خالد بن الوليد  
زنقة ربعة العدوية حي الداخلة - أكادير  
الهاتف : 05 28 23 36 04  
المحمول : 06 61 28 60 42

Agadir, le

14 DEC 2020

أكادير، في

56,30

13  
55,70

30,00

3m

28,80

41

44,90

3m

79,50

10

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

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

T 295,20

VEGEBOM 45g  
PPC: 79,50 DH  
Ut av: Déc/ 2022 Lot: 087191022  
MEDIPRO PHARMA  
SEGURIS

ORDONNANCE

الدكتور عز الدين صبيحي  
Dr. AZ'EDDINE SABIHI  
Médecin Général  
Tél : 048.23.36.64  
GSM : 061.28.60.42

Labyad yousfi

18 DEC le  
2020

59,30

4 Boreus (20mg) (dl<sup>e</sup>)

2g / 17/25  
1g / 17/6

53,10 21

Relax (600)  
2020/7

44,90

37

Demote (20mg)

T 157,30

الدكتور عز الدين صبيحي  
Dr. AZ'EDDINE SABIHI  
Médecin Général  
Tél : 048.23.36.64  
GSM : 061.28.60.42

# Brexin®

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

voie orale

10 comprimés effervescents

10

10

22  
chiesi

59,30

LOT 20097

PER 07/23

PPN 5901130



112 x 66 x 20

# Voltarène® فولطارين®

75 mg / 3 ml

75 مل / 3 مل

5 Ampoules

50 أمبولات

# Voltarène®

75 mg / 3 ml

5 Amp. 75 mg/3ml

Diclofenac Sodium 75 mg  
Excipients à effet notoire : Mannitol, Metabisulfite de sodium,  
Alcool benzyllique et Propylène glycol.  
Eau pour préparation qsp 1 ampoule de 3 ml

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

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

## RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

يحفظ الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.  
يحفظ الدواء بعيداً عن الماء،  
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال  
انظر إلى الشرة المرفيدة من المعلومات

6 118001 030385

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

فوناريني AG  
Novartis Pharma Stein AG  
Schaffhauserstrasse 4326 Stein, Suisse.  
El Lek Pharmaceuticals d.d. Verovskova  
57 SI-1526 Ljubljana Slovenia  
Titulaire de l'AMM:  
سلسلة  
Novaris Pharma Maroc S.A.  
82, Bd Cheftchaouen  
Q1 Ain Sebaa 20 590 Casablanca –Maroc.

5 Ampoules

75 مل / 3 مل

Voltarène®

MA  
46241719

# Coltramy<sup>l</sup> 4 mg/2 ml

*Thiocolchicoside*

Solution injectable

Voie intramusculaire

LOT 0047  
PER 06 22  
PPV 55.70 DH

6 ampoules de 2 ml

SANOFI 

# رولاكسول® 500 ملخ / 2 ملخ

باراسيتامول / ثيووكوليشيزكوزيد

20 قرصا

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg



احترم التغذية  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يصرف فقط بمحض وصفة طبية - لانحة

PE8.306 2023  
91030Z:101

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10



6



**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

**DOULEURS - INFLAMMATION**

Ibuprofène 400 mg

**Nurodo<sup>1</sup>**

®

Voie orale

PPV :

30,00

0

LOT :

PER :