

## 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 Angie 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° W21-659858

115555

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11120 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LABYED Youssef

Date de naissance : 24/03/1974

Adresse : ROYAL AIR MAROC - CONAKRY - REP. GUINEE

Tél. : +224654101307 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Azeddine SABIHI  
Médecine Générale  
Av. Khalid Ibn Walid Rue Rabaa  
Bordj Bouia Hay Dakhia Agadir  
Tél. 0524 232 104-0524 235 042

Date de consultation : 28 AVR 2022

Nom et prénom du malade : EL HATI, Amal

Age : 12 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Laryngite + Asthme

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 :

Le : 28 AVR 2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

| 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  |
| 8 AVR 2022                     | C                 | 1                     | 150,00                          | INF : <u>ERN 002328</u><br><br>Azeddine SABINI<br>Médecine Générale<br>Khalid Ibn Waleed<br>Hay Dakroun<br>0661 285 942 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|  | 28/04/2022 | 315,70                |

[illegible]

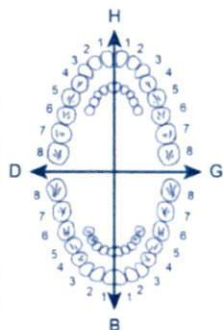
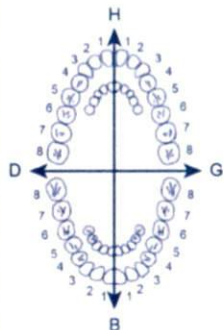
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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<br>Traitées   | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>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            |             |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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 Rabea El Aâdaouia

Hay Dakhla - Agadir

Tél: 05 28 23 36 04

GSM : 06 61 28 60 42

# الدكتور عز الدين صبيحي

الطب العام

اختصاصي 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

Agadir, le 28 AVR 2022 أكادير، في

79,50 x 3  
4 Dynateus  
3 x 40 gouttes

(SB) (03 PL)  
3 x 40 gouttes

59,50  
21. Euronex  
2 x 100/1

(SB) (03 PL)  
2 x 100/1

17,70  
31. Effergan  
3 x 14 67

ntc 60  
14 67

T: 315,70

PHARMACIE LOTFY

Khalid LOTFY

Docteur en Pharmacie

14, Rue El Kawakibi Cité Dakhla - AGADIR  
Tél. : 05 28 23 90 09

Dr. Azeddine SABIHI  
Médecin - Généraliste  
Av. Khalid Ibn Walid - Rue Rabea  
El Aâdaouia Hay Dakhla Agadir  
Tél: 0528233604-Gsm: 0661286042

# Dynatens<sup>®</sup>

Actifs naturels

GOUTTES BUVABLES



Aide à dynamiser  
l'organisme

30 ml e

**ThérAPHarm**  
LABORATOIRES



8 051128 631982

|  |         |
|--|---------|
| Lot:                                   | 210970  |
| A consommer de<br>préférence avant le: | 01/2025 |
| PPC : 79,50 DH                         |         |

# Dynatens<sup>®</sup>

Actifs naturels

GOUTTES BUVABLES



Aide à dynamiser  
l'organisme

30 ml e

**ThérAPHarm**  
LABORATOIRES



8 051128 631982

|  |         |
|--|---------|
| Lot:                                   | 210970  |
| A consommer de<br>préférence avant le: | 01/2025 |
| PPC : 79,50 DH                         |         |

# Dynatens<sup>®</sup>

Actifs naturels

GOUTTES BUVABLES



Aide à dynamiser  
l'organisme

30 ml e

**ThérAPHarm**  
LABORATOIRES



8 051128 631982

|  |         |
|--|---------|
| Lot:                                   | 210970  |
| A consommer de<br>préférence avant le: | 01/2025 |
| PPC : 79,50 DH                         |         |

أنرويدكس®

كلبتوس / بروبوليس

مشروب

LOT 097938/FC29  
PER 10/2024  
PPC 59.50

بدون سكر  
بدون كحول

أنرويدكس®

كلبتوس / بروبوليس

®

افيرالجان  
بار استقامول

قیتامین س

الاعلام والحمی



UPSA  
laboratoires

**EFFERALGAN®** vitaminé C

PPV 17DH70

EXP 09/2024  
LOT 16101 4

20 comprimés effervescents