

# 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](http://www.mupras.com)

14481  
Cover

## Déclaration de Maladie : N° S19- 0009913

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11.12.0

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LABYED YOUSSEF Date de naissance : 24/03/1974

Adresse : Royal Air Maroc CONAKRY, GUINÉE

Tél. : 224 65 41 01 307 Total des frais engagés : 363,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Azeddine SABIHI  
Médecine Générale  
Av Khalid Ibn Walid Rue Rabeaâ  
El Aâdaoua Hay Dakhla Agadir  
61-0520 233 F04-GSM: 0661 286 042

Date de consultation : 03 JAN 2023

Nom et prénom du malade : Labyed Yaha Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ISP Ashtma

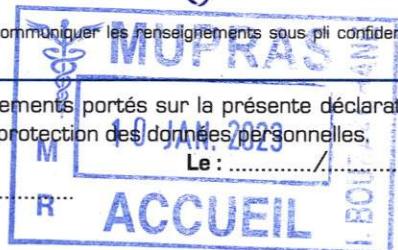
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : A.G.A.D.I.R. Le : 10 JAN 2023

Signature de l'adhérent(e) : LABYED



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19-

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 : 11.12.0

Nom de l'adhérent(e) : LABYED

Total des frais engagés : 363,70

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
03 JAN 2023	C	1	110,00	DR AZZEDDINE SABHI Medecin Général Tel: 048.23.36.04 Cell: 001.23.66.42

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KHAFFI LOTFY Dr. Khaffi Lotfy 1, Rue El Kawatibi Cité Dakhla - AGADIR INPE Phcie Lotfy Agadir 042040246	03/01/23	213,70

## ES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553		G	
	B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Azeddinè 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  
(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

03 JAN 2023

أكادير، في

30°  
77 Macomax 50 (1286)  
14 176 (bunly)  
30. 21 Prospon 1C 1P  
30 16036  
172  
37 Effejan 1C 1P  
30 29 67 (offel)  
400 67  
14 176 (1286)  
40 1110 J. mahr (1286)  
213P

DR. AZZEDDINE SABIHI  
Docteur en Médecine Générale  
Rue El Kawakib El Dakhla - Agadir  
Tél. : 05 28 23 36 04

DR. AZZEDDINE SABIHI  
Médecin Général  
Tél. : 05 28 23 36 04

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

40,00

**EFFERALGAN®** vitaminé C

PPU 17DH70

EXP 01/2025  
LOT 1D067-1

20 comprimés effervescents

# مкро ماكس®

أزيترو ميسين

مضاد حيوي

LOT : 4128

UT. AV : 10-23

P.P.V : 63 DH 00

3 أقراص

500 مغ

مختبرات الصيدلية فارما 5

مضاد حيوي له فعالية على التعفنات الناجمة عن  
الجراثيم الحساسة

# مкро ماكس®

أزيترو ميسين

مضاد حيوي

LOT : 4128

UT. AV : 10-23

P.P.V : 63 DH 00

3 أقراص

500 مغ

مختبرات الصيدلية فارما 5

مضاد حيوي له فعالية على التعفنات الناجمة عن  
الجراثيم الحساسة

# PROSPAN®

## Sirop Traitement de la toux

Bien agiter avant utilisation.

Pour plus d'informations, lire attentivement la notice.

Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.

À conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

AMM N° 02/19 /DMP /21 /NRQDNM

**PROSPAN®** Sirop 100 ml

PPV : 30.00 DH



6 1 1 8 0 0 0 3 0 0 0 5 2



**LABORATOIRES KOSMOPHARM**

272, Lotissement Lina, Rue 5 - Z.I.  
Sidi Maârouf 20550 Casablanca - Maroc  
[www.kosmopharm.com](http://www.kosmopharm.com)  
Sous Licence **ENGELHARD** - Allemagne