

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.

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

M22- 0042430

152026
☒ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2978 Société : ROYAL-AIR-MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. LAHRICHI FAÏCAL

Date de naissance : 22/07/56 à Fez

Adresse : PORTE-CALIFORNIE ROUTE MEKKA

Ap 3 ETG RAC-CASABLANCA

Tél : 0654.500.951 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07-03-23

Nom et prénom du malade : M. LAHRICHI FAÏCAL Age : 22/07/56

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + troubles gastriques

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 07/03/23

Signature de l'adhérent(e) : CASABLANCA

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
07			150,00	 Dr. Mohamed El Ghannouchi E.D. de la Grande Ceinture Mohammadi - CASABLANCA Tél:
03				
23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie des Cygnes Mme. LAHRICHI SAMIA 255, Boulevard de l'Oasis Tél: 05 22 98 85 17 - Casablanca	07/03/23	659,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

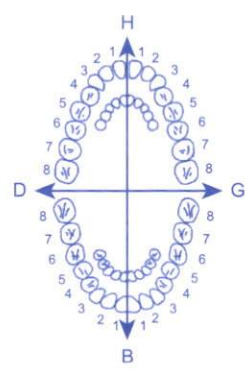
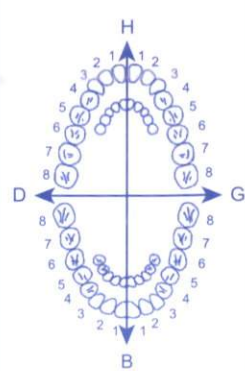
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE DES CYGNES

256 route de l'oasis

R.C :251344

Patente:34751401

T.V.A :

Tél :0522988517

Le 04/03/2023

FACTURE N°72305

N° ICE : 000521554000017

N° IF :

MR FAYÇAL LAHRICHI

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	MONTANT TTC	Dont TVA	% Taux
1	ACCUCHEK ACTIVE BANDELETTE 50U	255,00	255,00	42,50	20,00

TOTAL T.T.C :

255,00

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

255,00

Montant

42,50

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Deux Cent Cinquante Cinq DIRHAMS.**

Docteur A. CHRAIBI

Médecin Assermenté
Expert auprès des Tribunaux

134, Bd. de la Grande Ceinture

Hay Mohammadi - Casablanca

Tél. : { Cabinet : 05 22 60 15 78
Domicile :

الدكتور عبد الله الشرايبي

طبيب محلف خير لدى المحاكم

134, شارع الخزام الكبير

الحى المحمدى - الدال البيضاء

الهاتف : { العيادة : 05 22 60 15 78
المنزل :

Casablanca, le : 23-03-07 الدال البيضاء, في :

M. Lahrichi Faïçal

57.70

- ALdactone 50mg

80.00

- ALtec 10mg

45.30

- Ventoline 5mg

255.00

- Accu-check

48.50

- Tiberal 500mg

46.90

- acti cardine

27.00

- Aliviar 50mg

19.70x3

- Algantil 200

40.40

- Météospasmyl

659.90

Pharmacie des Cygnes
Mme LAHRICHI SAMIA
255 Boulevard de l'Indépendance
Tél: 05 22 93 85 17 - Casablanca

Docteur CHRAIBI A.
134, Bd. de la Grande Ceinture
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél:

(01) PPC : 255,00 Dh

LOT (10) 26063941

2024-03-21

2022-06-22

UDI



Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

ALDACTONE 50^{mg} C
P.P.V. 57DH70



6 118001 70029

أكيو-تشيك
آكتيف

07124112

ALTEC[®] 10 mg
Ramipril
30 gélules



6 118000 360025

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I : A ne délivrer que sur ordonnance

Composition par comprimé :

Ornidazole (DCI) 500 mg
Excipients q.s.p 1 Comprimé

Tibéral[®] 500 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

LOT: 21132 PER: 04/2026
PPV: 48,50 DH

LOT: 19922004
PER: 04/2027
PPV: 27,00 DH

Boite de 20 gélules

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA



6 118001 070015

ALGANTIL[®] 200 20 dragées

PPV 19DH70
EXP 04/2025
LOT 23003 3

ALGANTIL[®] 200 mg
20 dragées

ALGANTIL[®] 200 20 dragées

PPV 19DH70
EXP 04/2025
LOT 23003 3

ALGANTIL[®] 200 20 dragées

PPV 19DH70
EXP 04/2025
LOT 23003 3

ALGANTIL[®] 200 mg
20 dragées



6 118000 1030065

METEOSPASMYL[®] B 20 caps. molles
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293