

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



Déclaration de Maladie

M22- 0042436

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2978 Société : ROYAL-AIR-MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. LAHRICHI FAÏZAL

Date de naissance : 28/07/56 à Fes

Adresse : PORTE CALIFORNIE ROUTE MEKKA
APP 3 ETC RDG CASABLANCA

Tél. : 0659 500 951 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01-08-23

Nom et prénom du malade : M. LAHRICHI FAÏZAL

Age : 28/07/56

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Retinopathie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : 31 JUL. 2023

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 : CASABLANCA

Le : 01/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042436

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 : 2978

Nom de l'adhérent(e) : M. LAHRICHI FAÏZAL


Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01/08/23			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/08/23	896,40

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

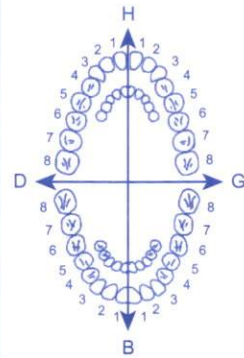
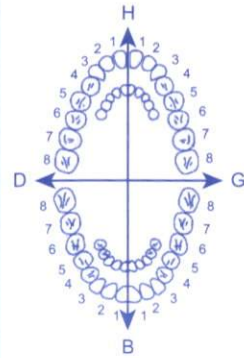
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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															
				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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		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

صيدلية ليسين Pharmacie Les Cygnes

Mme Samia LAHRICHI

Diplômée de la Faculté
de Pharmacie de Nantes (France)

256, Bd. de l'Oasis - Tél. : 05.22.98.49.51
CASABLANCA



سامية لحريشي


خريجة كلية الصيدلة بنانت (فرنسا)

05 22 98 49 51 : الهاتف - شارع الوازيس - الدار البيضاء

Facture

Casablanca, le 01/08/2023

Client: M. Lahrichi Faïçal

QUANTITE	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
02	Accucheek Bandelet 125.	135,9.	270,9
			270,9

Docteur A. CHRAÏBI

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 الحزام الكبير
الحى المحمدي - الدار البيضاء

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

Casablanca, le : 01-08-23 : الدار البيضاء, في

Mr Lahrichi Faïçal

222.00

Augmentin 1g (2) 

45.30

Ventolin 2g (2) 

119.10

Conasal (2) 

22.70 x 2

Pictryl 1mg (2) 

135.00 x 2

Alcedin (2) 

68.80

Amaral 1g (2) 

38.80

Agifen 50g (2) 

43.50 x 2

Myonster 1g (2) 

Pharmacie des Cygnes
Mme LAHRICHI SAMIA
256, Boulevard de l'Oasis
Tél.: 05 22 98 85 17 - Casablanca


896.40


Docteur CHRAÏBI
134, Bd. de la Grande Ceinture
Hay Mohammadi - CASABLANCA

Tél. _____

(01) C PPC:135.00 Dhs

LOT (10) 26050011

 2023-09-07

 2021-12-08

UDI



أكيو تشيك
أكتيف

07124155

٢٥


شریط اختبار
اختبار ٥ ثوان




Roche

(01) C PPC:135.00 Dhs

LOT (10) 26050011

 2023-09-07

 2021-12-08

UDI



أكيو تشيك
أكتيف

07124155

٢٥

شریط اختبار
اختبار ٥ ثوان



Roche

AUGMENTIN 1 g/125 mg 
24 sachets



6 118000 161042

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

 1g/125 mg

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg
sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU : 222,00 DH
LOT : 650366
PER : 08/24



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

43.50



43.50



MYCOSTER

Solution 30 ml

%



6 118000 011125

Lot
EXP
PPV

FB2S
09 2024
45,30 DH

PPV 22DH70 EXP 01/2026
LOT 32043 2

PECTRYL®
SIROP EXpectorant
EXpectorant SYRUP
150 ml

PECTRYL® 
SIROP 150 ml

6 118000 031895



N° de DT:
Date d'expiration:
PPV:

M9,10

CONASAL®
Furoate de Mométasone

0,05%

PPV 22DH70 EXP 01/2026
LOT 32043 2

PECTRYL®
SIROP EXpectorant
EXpectorant SYRUP
150 ml

4 mg

Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

Amarel® 4 mg
30 Comprimés/tablets



AGIFENE® 50 g Gel

6 118000 050025

LOT : 553
PER : OCT 2025
PPV : 38 DH 80


Litho Typo