

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.

M22- 0042436

Optique *170-136* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *2978* Société : *ROYAL AIR MAROC*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *H. LAHRICH FAYCAL*

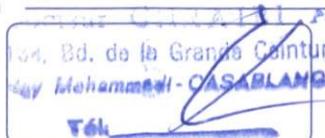
Date de naissance : *28/07/56* à *Fay*

Adresse : *ROUTE CALIFORNIE ROUTE MEKKA APP 3 ETG RDG CASABLANCA*

Tél. : *0654 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 : *H. LAHRICH FAYCAL* Age : *67*

Lien de parenté :

Lui-même

Cépion

Nature de la maladie : *Diabète + RCP* Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *31 JUIL. 2023*

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements susvisés confidentiellement 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) : *[Signature]*

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) : *H. LAHRICH F*

Total des frais engagés :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11 | | | 150,00 | |
| 08 | | | | DOCTEUR CHRAIBI DRA, fils de la Grande Ceinture Dr. Mohammed CASABLANCA Téli. |
| 23 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  <p> Pharmacie des Cygnes Mme LAHRACHI SAMIA 256, Boulevard de l'Oasis Tél.: 05 22 98 85 17 - Casablanca Tél.: 05 22 98 85 17 - Casablanca </p> | 10/08/23 | 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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | - |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates the human mandible (lower jawbone) in an occlusal view. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the upper and lower arches. Landmarks are indicated by arrows: 'D' points to the dental arch, 'G' points to the gingival tissue, and 'H' points to the hilum or midline suture. The diagram shows the arrangement of primary (deciduous) teeth in the lower arch.

[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

صيدلية ليسيين 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

خربيحة كلية الصيدلة بنانث (فرنسا)

٢٥٦، شارع الوازيس - الهاتف : ٠٥ ٢٢ ٩٨ ٤٩ ٥١
الدار البيضاء

Facture

Casablanca, le 01/08/2023
Client..... Mme Lahrichi Faraj

| QUANTITE | DESIGNATION | P. U. | TOTAL |
|----------|----------------------------|-------|-------|
| 02 | Accuchek. Bandelot 125. | 135,- | 270,- |
| | | | 270,- |

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

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 الشرايببي
طبيب محلف خير لدى المحاكم

134، شارع الحزام الكبير
الحي المحمدية - الدار البيضاء

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

Casablanca, le : ٢١-٠٨-٢٣ : الدار البيضاء، في

Mr Lahrichi Faïçal

222.-

- Augmentant ٢

٤٦.٣٠ Ventolin ٤٧ (٢)

١١٩.١٠ conasal (٢)

٢٢.٧٥ x ٢ Pictetyl ١١٢ (٢)

١٣٥.٠٠ x ٢ Alcachofre (٢) (٢)

٦٨.٨٠ Amarel n° ٢

٣٨.٨٠ Agiferen ٥٠ g gel (٢)

٤٣.٥٠ x ٢ Migrastin / Salbut (٢) (٢)

R 896.40.

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

Docteur CHRAIBI
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 تشييك
آكتيف

07124155

GO

شريط اختبار
اختبار ٥ ثوان



Roche

(01) C PPC: 135.00 Dhs

LOT (10) 26050011

🕒 2023-09-07

🕒 2021-12-08

UDI



أكيو تشييك
آكتيف

07124155

GO

شريط اختبار
اختبار ٥ ثوان



Roche

AUGMENTIN 1 g/125 mg
24 sachets



6 118000 161042

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULIQUE
AUGMENTIN

1g /125 mg

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULIQUE
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

1%

15



6 118000 011125



Lot F B 2 S
EXP 09 2024
PPV 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

PPV :
Date d'expiration :
N° de lot :

M9, no

CONASAL®

Furoate de Mométasone

0,05%

PPV 22DH70 EXP 01/2026
LOT 32043 2

PECTRYL®
SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP
150 ml

4 mg

Sandoz-Aventis Maroc
Route de Rabat - R. P. 1,
Ain seba 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