

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.

Nº M21- 070746

119310

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2378 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF LAHRICHI FAÏCAL

Date de naissance : 28/17/56

Adresse : PO.RTE CALIFORNIE ETG. RDC N° 3

CASABLANCA - ROUTE MEKKAH

Tél. : 06 54 500 951 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR CHRAIBIA
184 BD DE LA GRANDE CEINTURE
HAY MOHAMMED CASABLANCA
TEL: 06 62 25 68 63

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/6/22

Nom et prénom du malade : YOUSSEF LAHRICHI FAÏCAL Age : 28/17/56

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : RAFAKICHIN

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
17 06 22			150,00	DOCTEUR RAIBIA 134 BD D LA GRANDE CENTURE MAY MOHAMMED CASABIANCA TEL : 06 62 25 68 63

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie des Cygnes Mme LAHRICHI SAMIA 250, Boulevard de l'Oasis <small>BP 00 00 00 - 11 - Casablanca</small>	17/06/22	502.15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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 <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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

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
طيب محلف خير لدى المحاكم

134، شارع الخزام الكبير
 الحسيمي - الداليلضاء

العيادة : 05 22 60 15 78
 الهاتف : _____
 العنوان : _____

Casablanca, le : 17-6-22 : الدار البيضاء، في:

Mr Lahsichi Faïçal

168.20

Augt 18 S.V.

45.30

Ventoline Spray S.V.

25.3

27.3 x 2 Drill

1 month

14.00 x 3

Doliprane 1g (3) S.V.

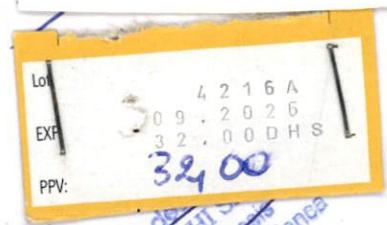
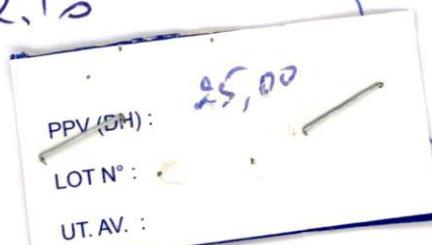
32.00

Eucatrom 1x31j

135.0

Acetaminophen S.V.

T3 502.10



PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

2730

2730

LOT N° :

UT. AV. :

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose saponifiée, acide stéarique (ou

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® ? CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol, utile dans les malaises telle que maux de tête, états grippaux, douleurs musculaires et douloureuses. Il peut également être prescrit dans l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 12 ans).
Lire attentivement la rubrique "Posologie".
Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres formes.
Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV : 14DH00

PER : 01/25

LOT : L369

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose saponifiée, acide stéarique (ou

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® ? CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol, utile dans les malaises telle que maux de tête, états grippaux, douleurs musculaires et douloureuses. Il peut également être prescrit pour l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 12 ans).
Lire attentivement la rubrique "Posologie".
Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres formes.
Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV : 14DH00

PER : 01/25

LOT : L369

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose saponifiée, acide stéarique (ou

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® ? CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol, utile dans les malaises telle que maux de tête, états grippaux, douleurs musculaires et douloureuses. Il peut également être prescrit dans l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 12 ans).
Lire attentivement la rubrique "Posologie".
Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres formes.
Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV : 14DH00

PER : 01/25

LOT : L369

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

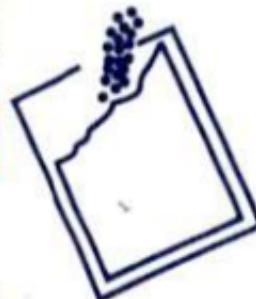
Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.





disponible en sachet
poudre pour suspension

1g / 125 mg



AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg
Sachets

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

Lire attentivement la notice avant emploi.

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

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU : 168,20 DH

LOT : 647985

PER : 08/23





PHARMACIE DES CYGNES

256 route de l oasis

R.C :251344

Patente:34751401

T.V.A :

Tél :0522988517

Le 17/06/2022

FACTURE N°64228

N° ICE : 000521554000017

MR LAHRICHI FAYÇAL

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ACCUCHEK ACTIVE BANDELETTE 25U	135,00	135,00	22,50	20,00

TOTAL T.T.C :

135,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	135,00	Montant	22,50
--------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cent Trente Cinq DIRHAMS.

GTIN

PPC: 135,00Dhs

LOT (10) 26045723

2023-06-14

2021-09-15

Close/Re-cap container
tightly immediately after
removing strips.

Après prélevement de la
bandelette réactive,
refermer le tube immédiatement.

ACCU-CHEK® Active

07124155

25 Bandelettes réactives

Pour la
détermination
de la glycémie
Utilisable en
autocontrôle
Seulement pour
Accu-Chek® Active

**5 env.
sec.**

70008057
11
1055875/6111570
FG010273-122

GD2 350 IV



ACCU-CHEK® Active

07124155

25 Test strips

Roche Diabetes Care South Africa (Pty) Ltd.
Hertford Office Park, 90 Bekker Road
Vorna Valley, Midrand
South Africa, 1686
Email: info@accu-cheek.co.za
Call Toll Free: 080-34-22-38-37 (SA only);
+254 20 523 0560 (Kenya only);
+27 (11) 504 4677 (Other countries)

روشن دیابتکس کیر جی ام بی إتشن
شارع ساندھوفر ١٦
مانهايم، ألمانيا
www.accu-cheek.com

.Roche هي علامة تجارية تملكها
ACCU-CHEK is a trademark of Roche.



0123

+30 °C
+2 °C

REF 07124155019



4 015630 064144

Made in Germany / صنع في ألمانيا

Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-cheek.com



Close/Re-cap container
tightly immediately after
removing strips.

يرجى إحكام إغلاق العلبة
مباشرةً بعد
إخراج شرائط الاختبار.

أكيو-تشيك أكتيف

07124155

٢٥ شريط اختبار

لقياس مستوى
السكر في الدم
 المناسب للفحص
الذاتي
 يستعمل فقط
مع أكيو-تشيك
أكتيف

**5 ca.
sec.**

08996288001(02)
044x044x080 I

For the
determination of
blood glucose
Suitable for
self-testing
Only for
Accu-Chek® Active

**5 ca.
sec.**