

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2978 Société : ROYAL AIR MAROC
 Actif Pensionné(e) Autre : N
 Nom & Prénom : M. LAHRISSI FAISAL
 Date de naissance : 28/07/56
 Adresse : APPT 3 RDG. R.R.T. CALIFORNIE
CASABLANCA MAROC
 Tél. : 06 54 500 13 51 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

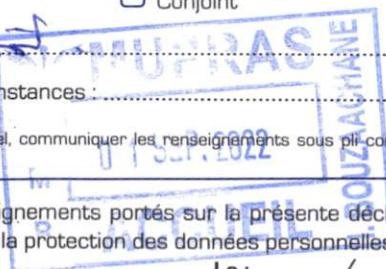
 Date de consultation : 01-09-22
 Nom et prénom du malade : M. LAHRISSI FAISAL Age : 28/07/56
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Récidive
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01 | | | 150.00 | <i>[Signature]</i> |
| 09 22 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>[Signature]</i> Pharmacie des Cygnes Mme LATIRCHI SAMIA 256, Boulevard de l'Orada Casablanca Tel: 05 22 96 96 17 | 01/09/22 | 601.20 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

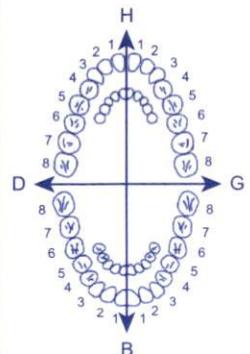
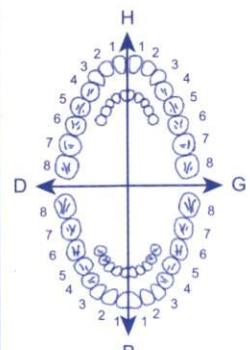
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|---|---|---|---------------------------------|
| | | A | M | P | C | |
| | | | | | | |

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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | Coefficient DES TRAVAUX |
| | (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 A. CHRAIBI

Médecin Assermenté

Expert auprès des Tribunaux

134, Bd. de la Grande Ceinture

Hay Mohammadi - Casablanca

Cabinet : 05 22 60 15 78

Tél. : Domicile :

الدكتور عبد الله الشرايببي

طبيب محلف خبير لدى المحاكم

134، شارع الحزام الكبير

الحي الحمدي - الدالبيضاء

العنادة : 05 22 60 15 78

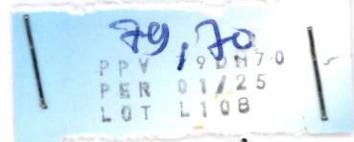
الهاتف : منزل

Casablanca, le :

01-09-22

الدار البيضاء، في :

Mr Lahniichi Faegal



76,70

Azix 500 → S.V.

(1)

63,20 x 2

Zyptec 10 → S.V. (2)

1/1 + 3/1

135,00

Accu-chek → S.V. (1)

Pharmacie des Cygnes
Mme LAHNIICHI SAMIA
25, Bd. de l'Oasis
Casablanca

87,30

Dermofit cream → S.V. (1)

68,60

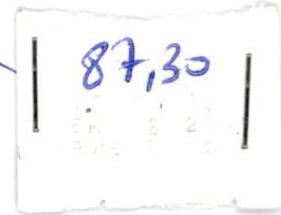
hepanat → S.V. (1)

20,100 x 3

Doligruppe → S.V. (3)

44,20

Difal 500 → S.V. (1)



13 601,20



DOCTEUR CHRAIBI
134 BD DE LA GRANDE CEINTURE
HAY MOHAMMEDI CASABLANCA
TEL: 06 62 25 64 63



68.60 DH
11/2024
X3260

SYSTÈME DE GESTION QUALITÉ
CERTIFIÉ ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY
Produit Fabriqué par ESI srl
Via delle Indústrie 1 Albisola Marina (SV) ITALY
Importé et distribué par ESNAPHARM, 7, Rue Abdellatif Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

63,20

63,20

PPV:20DH00
PER:04/25
LOT:L.1552

PPV:20DH00
PER:03/25
LOT:L.1088

PPV:20DH00
PER:04/25
LOT:L.1322

(01) PPC:135,00 Dhs

LOT (10) 26050014

2023-09-07

2021-12-08

UDI



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

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

ACCU-CHEK®
Active 07124155

(EN) For the determination of blood glucose
Only for Accu-Chek® Active

(FR) Pour la détermination de la glycémie
Seulement pour Accu-Chek® Active

لقياس مستوى السكر في الدم (AR)
بسنعمل فقط مع أكيو-تشيك أكتيف

ACCU-CHEK®
Active 07124155

25

TEST STRIPS

5 second test

BANDELETTES

RÉACTIVES

Mesure en 5 secondes



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

يرجى إحكام إغلاق العلبة
مباشرة بعد
إخراج شرائط الاختبار.

ACCU-CHEK®
Active 07124155

Roche Diabetes Care South Africa (Pty) Ltd.
Hertford Office Park, 90 Bekker Road
Vorna Valley, 1686

South Africa

Tel: +27 (11) 504 4600

Email: info@accu-cheek.co.za

www.accu-cheek.co.za

أكيو-تشيك
أكتيف

07124155

٥٠

شريط اختبار
اختبار ٥ ثوان



ACCU-CHEK is a trademark of Roche.



0123

+2 °C

+30 °C



REF 07124155019



70010269
6
1061231/6122021
FG0010273-160

GD2 350 IV

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



09387579001(01)

044x044x080 I

صيدلية ليسيجن 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)



256، شارع الوازيس - الهاتف : 05.22.98.49.51

الدار البيضاء

Facture

Client. Mme Lahrichi Faigal

Casablanca, le

01/09/2022

| QUANTITE | DESIGNATION | P. U. | TOTAL |
|----------|-----------------------------|--------|--------|
| 01 | Accuechek Bandollet Active. | 135,00 | 135,00 |
| | | | |

Pharmacie des Cygnes
Mme LAHRICHI SAMIA
256 Boulevard de l'Oasis
Tél. : 05.22.98.85.17 - Casablanca

135,00