

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 :

Nom & Prénom : YOUSSEF LAHRISSI FAISAL 140364

Date de naissance : 28/10/156

Adresse : PORTE CALIFORNIE APPT 3 RDC CASABLANCA

MAROC

Tél. : 06 54 500 95 1 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur CHRAIBI
134, Bd. de la Grande Ceinture
Casablanca

Date de consultation : 08/12/22

Nom et prénom du malade : YOUSSEF LAHRISSI FAISAL Age : 28/10/156

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Récidive

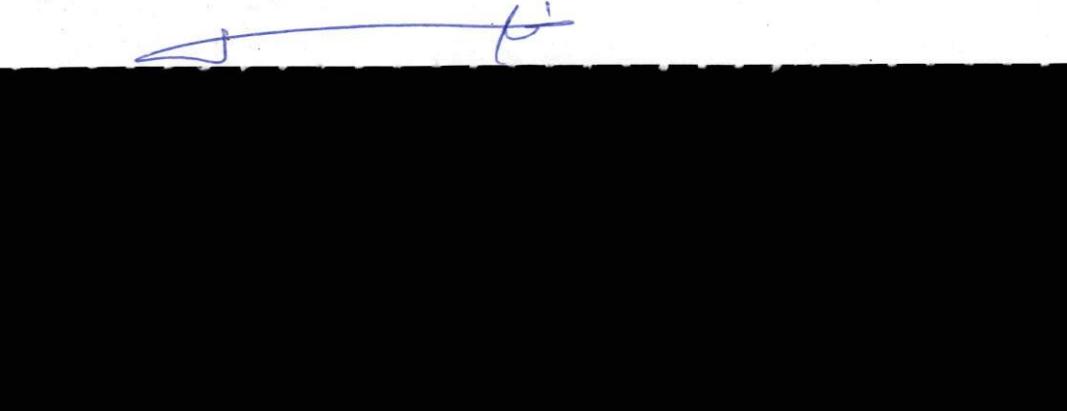
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

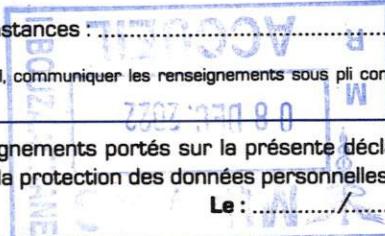
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA BLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



YOUSSEF LAHRISSI FAISAL



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
08			150,00	Docteur CHAIBI A. 34, Bd. de la Grande Ceinture Sidi Mohammed CASABLANCA Télé
12				
22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMRANI M'hamed <i>Pharm. AD</i> 44, Boulevard Abdessalam Bouabid (Ex. Jerrada) - Oasis - Casablanca Tél: 05 22 25 34 85	08/12/02	809,30

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	

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 [Empty box]														
					MONTANTS DES SOINS [Empty box]														
					DEBUT D'EXECUTION [Empty box]														
					FIN D'EXECUTION [Empty box]														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX [Empty box]
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
					MONTANTS DES SOINS [Empty box]														
					DATE DU DEVIS [Empty box]														
					DATE DE L'EXECUTION [Empty box]														

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 المحمدي - الدار البيضاء

الهاتف : { العيادة : 05 22 60 15 78
المنزل : 05 22 25 84 85

SAMRANI M'hamed SAAD
Pharmacien et Gérant
44, Bd Bourguiba Abderrahim Bouabdellah
Jerrada - Oasis - Casablanca
Télé : 05 22 25 84 85

Casablanca, le : 8-12-92 الدار البيضاء، في :

N° : 092051283

Mr Lahrichi Faïsal

39,70 x 2

Azix spray

(2)

(S.V.)

45,30 x 3

Ventoline spray

(1)

(S.V.)

119,00 x 2

Metanaz 5 mg

(2)

(S.V.)

135,00 x 1

Actu-chek 1 ml

(1)

(S.V.)

28,00 x 4

glucophage 1 no

(4)

(S.V.)

36,40 x 2

copred 20 mg

(2)

(S.V.)

29,20 x 3

codalij 3 clt

(3)

(S.V.)

58,00 x 3

indocatylus cath 2,3

(3)

(S.V.)

31,60 x 1

Paragize 1%

(1)

(S.V.)

902,30

Dr. A. CHRAIBI
134, Bd. de la Grande Ceinture - CASABLANCA

LOT: GA10358
PER: 06/2023
PPV: 110 DH 00

Cipla
Égypte

PPV 790117
PER 01/25
LOT L 33

LOT: GA10428
PER: 08/2023
PPV: 110 DH 00

Cipla
Égypte

LOT : 1579
PER : 07-25
P.P.V : 36DH40

LOT 5694
PER 06-25
P.P.V : 36 DH 40

LOT 220809
EXP 05/2025
PPV 28.00DH

LOT 220809
EXP 05/2025
PPV 28.00DH

PPV 22 DH 20
PER 07/24
LOT L 2448

PPV 22 DH 20
PER 07/24
LOT L 2450

PPV 22 DH 20
PER 07/24
LOT L 2452

GlassSmithline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM/F/155/19/DMP/21/NRQDNM
H7903
LOT/JL
FAB/5/21
EXP/4/22
6118001270088
PPV : 58,00 DHS

31,60

LOT 220809
EXP 05/2025
PPV 28.00DH

LOT 220809
EXP 05/2025
PPV 28.00DH

PPV 790117
PER 01/25
LOT L 33



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 لحويشي

خريجة كلية الصيدلة بنان (فرنسا)



05 22 98 49 51، شارع الوازيس - الهاتف :

الدار البيضاء

Facture

Casablanca, le

08/11/2022

Client.....

QUANTITE	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
0,1	Accuchek Active. Bandellet de 25	100,0	100,0

Pharmacie des Cygnes
Mme LAHRICHI SAMIA
256, Boulevard de l'Oasis
Tél. : 05 22 98 49 51 - Casablanca

Samia