

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0000706

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2378 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : M. LAHRICHI FAÏSAL  
 Date de naissance : 28/07/56  
 Adresse : APPT 3 RDG PARTIE CALIFORNIE  
 CASABLANCA - MAROC  
 Tél. 0654 500 351 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

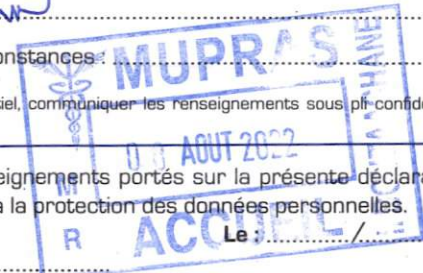


Date de consultation : 8-8-22  
 Nom et prénom du malade : M. LAHRICHI FAÏSAL Age : 28/07/56  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère 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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 00706

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 : 2378  
 Nom de l'adhérent(e) : M. LAHRICHI FAÏSAL  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

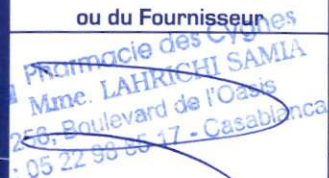




# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 08              | C                 |                       | 150,00                          |  |
| 08              |                   |                       |                                 |                                                                                    |
| 22              |                   |                       |                                 |                                                                                    |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 08/08/22 | 338,00                |

# 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 les justificatifs exigés par la M

PPV 22DH70  
EXP 02/2025  
LOT 1N042 7

**PECTRYL**  
SIROP EXPECTORANT  
EXPECTORANT SYRUP  
150 ml

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORA

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiqua

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de



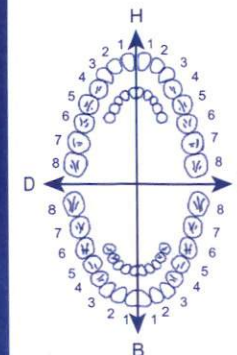
VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Soins

Coefficient



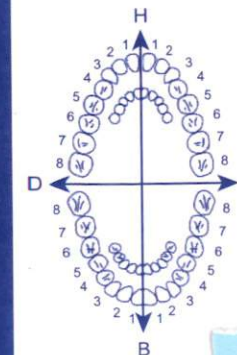
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU P



GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 48  
PER : 11/26  
PPV : 14,20 DH

SURGAM 100MG  
CP SEC B30

P.P.V : 34DH00



CCE 6 118000 060864  
DES TRAVAUX

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél

P.P.V : 30DH50



Lot. 3632  
Per.: 02 2025  
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

LOT : 3126  
UT. AV : 08-24  
P.P.V : 32 DH 40

LOT : 468  
PER : 06/26  
PPV : 14,20 DH

DATE  
DEVIS

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 الشرايبي

طبيب محلف خبير لدى المحاكم

134, شارع الحزام الكبير

الحى المحمدي - الدار البيضاء

الهاتف : { العيادة : 05 22 60 15 78

{ المنزل : .....

Casablanca, le : 08-08-22 : الدار البيضاء, في :

Mr Lahrichi Faïçal

79.70

Azi x 500

(S.V)

45.30 x 2

Ventoline 500 (2)

relax x 3 (1)

22.70

Pectryl V. 100 x 500

34.00

Surgam 100

20.20

Chipax 900 x 500

32.40

Diclo pharma 500

30.50

E medium

14.20 x 2

Ephaline (2) 500

T: 338.50

Pharmacie des Cygnes  
256 Boulevard de l'Oasis  
Tél.: 05 22 90 05 17 - Casablanca  
LAHRICHI SAMIA

DOCTEUR CHRAIBI  
134, Bd. de la Grande Ceinture  
Hay Mohammadi Casablanca  
TEL: 06 62 25 68 63