

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0032749

143061

☐ 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 à Fes

Adresse : PORTE CALIFORNIE ROUTE MERKKA

App 3 - ETC - PDL - CASABLANCA

Tél. : 0654.500.951 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30-12-22

Nom et prénom du malade : M. LAHRICHI FAÏSAL Age : 28/7/56

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : O.R.L.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

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
30			150,00	Docteur CHRAÏBI 134, Bd. de la Grande Ceinture Hay Mohammadi - CASABLANCA Tél. 591.40
12				
22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Cypres Mme. LAHRICHI SAMIA 258, Boulevard de l'Oasis 96 22 96 65 17 - Casablanca	30/12/22	591,40

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	

RELEVÉ 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 canaux, 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																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				Coefficient des Travaux	
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
			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

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 30-12-22 : الدار البيضاء, في

Mr Lahrichi Faïçal

138,30

Augment. Jours (1)

47,80

2 x 21,



DAZEN

23,90

143,



Foley

143,



19,70 x 3

Alganil 200



109,70

contiflo

143,



otad 400

143,



135,00

Acu-chu

143,



27,50

Diclo 127 mg

143,



T: 591,40

Pharmacie des Cygnes
Mme. LAHRICHI SAMIA
256, Boulevard de l'Indépendance
Tél.: 05 22 36 03 17 - Casablanca

Docteur CHRAIBI
134, Bd. de la Grande Ceinture
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél.

PPV: 138,30 DH
LOT: 649216
PER: 03/24

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg
32 comprimés pelliculés



TER LES DOSES

1. Uniquement sur

ALGANTIL 200 mg
20 dragées



19DH70
04/2025
23003 2

ALGANTIL 200 mg
20 dragées



ALGANTIL 200 20 dragées

PPV 19DH70
EXP 04/2025
LOT 23003 2

ALGANTIL 200 20 dragées

PPV 19DH70

EXP 04/2025
LOT 23003 2



Lot N° 36100621
EXP : 07/2023
ppv : 50DH16

OTAD

Olopatadine

Flacon de 5ml

PHARMIS

1040032369/04-21/30,000 SHUK

PPV:
EXP:
Lot N°:

47,80

DASEN® 10 000 UI

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



CONTIFLO®

PPV: 109DH70



POLERY
ADULTES

à effet notoire: saccharose, alcool
mpagine.
Flacon de 200 ml

LOT: 583
PER: 11/24
PPV: 23,90DH

POLERY ADULTES

Sirap - 200 ml



Diclo Pharma 5® 100mg

Boîte de 10 suppositoires



A14721

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

Après prélèvement 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.

Roche

70008106

20

1057899/6115541
FG0010273-122

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-chek.co.za
Call Toll Free: 080-34-22-38-37 (SA only);
+254 20 523 0560 (Kenya only);
+27 (11) 504 4677 (Other countries)

روش ديابيتس كير جي ام بي انش
شارع ساندوهوفر 117
78300 مانهاييم, ألمانيا
www.accu-chek.com

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

CE 0123



+2 °C

IVD



REF 07124155019



4 015630 064144

Made in Germany / صنع في ألمانيا

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

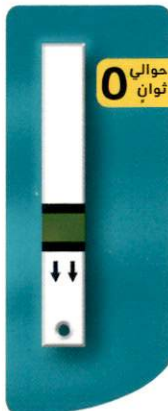
Close/Re-cap container
tightly immediately after
removing strips.

يرجى إحكام إغلاق العلبة
مباشرة بعد
إخراج شرائط الاختبار.

أكيو-تشيك
أكثيف

07124155

٢٥ شريط اختبار



لقياس مستوى
السكر في الدم
مناسب للفحص
الذاتي
يستعمل فقط
مع أكيو-تشيك
أكثيف

0 حوالي
ثوان

Roche

08996288001(02)

044x044x080 I

ACCU-CHEK®
Active

07124155

25 Test strips



For the
determination of
blood glucose

Suitable for
self-testing

Only for
Accu-Chek® Active

5 ca.
sec.

Roche

PHARMACIE DES CYGNES

256 route de l'oasis

R.C :251344

Patente:34751401

T.V.A :

Tél : 0522988517

Le 22/11/2022

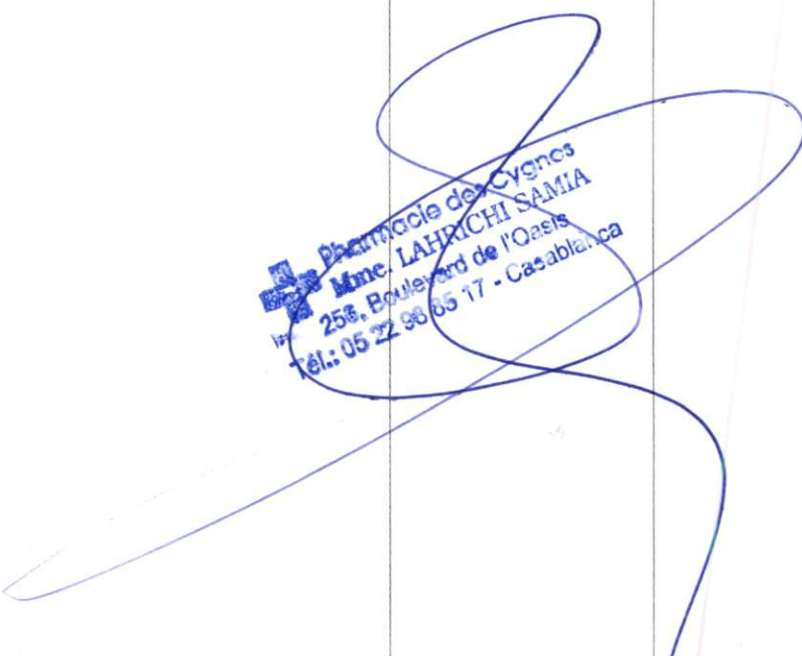
FACTURE N°69950

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
		 Pharmacie des Cygnes Mme. LAHRICHI SAMIA 256, Boulevard de l'Oasis Tél.: 05 22 96 65 17 - Casablanca			
		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.