

# 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.

15/7/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2343 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BACHRY MOSTAFA

Date de naissance : 14.2.1951

Adresse : Cité Almatra IMB 6016 44

en CASABLANCA

Tél. : 06 6118 19 89 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

1610522671595/0522671263  
HOIY MOHAMMADI - CASABLANCA  
TAKADOURI, RUE 2 N°86  
Pneumo Physiologie-Alleghy  
Dr. Meriem LATIFI

Cachet du médecin ?

Date de consultation : 06/10/2023

Nom et prénom du malade : Selti fettim ep Bachry Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bilan pulmonaire

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 : MM Le : 12/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

ACCÈS

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>ARMACIE ADILIA Dr. Boukra 71 N° 300 A Massira Tél: 022 3387 55 Casablanca</i></p>	<i>06/04/23</i>	<i>370.10</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

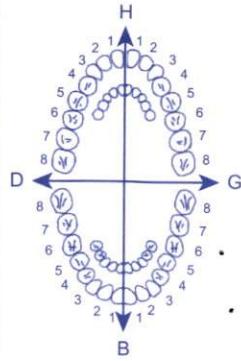
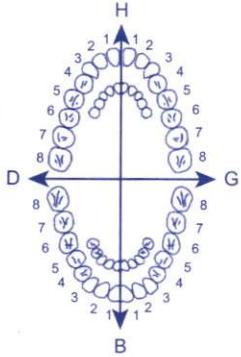
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				B	00000000	00000000				G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
B	00000000	00000000																				
G	35533411	11433553																				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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"/>																		

# الدكتورة مريم لحروسي

Docteur Meriem LAHROUSSI

Spécialiste

en Pneumo Phtisiologie et Allergie Respiratoire

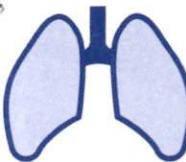
Asthme - Tuberculose

Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR)

Radiographie - Endoscopie Bronchique

Epreuve d'effort Cardio-Respiratoire

Sevrage Tabagique



إختصاصية

أمراض الجهاز التنفسى و الحساسية

الضيقه - داء السل

فحص الوظيفة التنفسية

الفحص بالأشعة - الفحص بالمنظار

اختبار التحمل للقلب و الجهاز التنفسى

الإقلاع عن التدخين

Casablanca, Le ..... الدار البيضاء، في

SETTI Fatima ep bachry

06/04/2023

164,90

zephyrus 120/20

1gel à inhale le soir pdt 2 mois

102,60

Aerius 5mg

xx

1cp le soir pdt 2 mois

370.10



desloratadine  
voie orale

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

30 أقراص  
ملبسة

LOT : 103  
PER : MAI 2024  
PPV : 102 DH 60

desloratadine  
voie orale

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

30 أقراص  
ملبسة

LOT : 103  
PER : MAI 2024  
PPV : 102 DH 60

Dr. Meriem Lahroussi  
Pneumo Phtisiologie-Allergie  
Bd. Chouhadaa (ex-Avenue «A»),  
Bd. Takadoum, Rue 2, N° 86  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél.: 05 22 62 15 95 / 05 22 62 12 63

## Cachet Et Signature

DR Meriem LAHROUSSI

# ZEPHIRUS® 120 mcg/20 mcg

Poudre pour inhalation  
en gélules

Budésonide/Salmétérol



6 118001 320165

PPV :

164,90 DH

LOT :

22G04

EXP :

07/2025

# Docteur Meriem LAHROUSSI

Spécialiste  
en Pneumo Phtisiologie et Allergie Respiratoire  
Asthme - Tuberculose  
Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR)  
Radiographie - Endoscopie Bronchique  
Epreuve d'effort Cardio-Respiratoire  
Sevrage Tabagique



# الدكتورة مريم لحروسي

إختصاصية  
أمراض الجهاز التنفسى و الحساسية  
الضيقه - داء السل  
فحص الوظيفة التنفسية  
الفحص بالأشعة - الفحص بالمنظار  
إختبار التحمل للقلب و الجهاز التنفسى  
الإقلاع عن التدخين

Casablanca, Le ..... الدار البيضاء، في

06/04/2023

## *Note d'honoraire*

*Le Docteur Meriem LAHROUSSI a l'honneur de présenter ses meilleures salutations à mme SETTI Fatima ep bachry*

note d'honoraires, soit la somme de :  
*consultation+ radiothorax 400dh*

Meriem LAHROUSSI

Dr. Meriem LAHROUSSI  
Pneumo Phtisiologue  
Bd. Chouhada, Lbx.  
Hay Mohammadi, Rue 2, N°86  
Tél: 05 22 62 15 95 / 05 22 62 12 63

Spécialiste  
en Pneumo Phtisiologie et Allergie Respiratoire  
Asthme - Tuberculose  
Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR)  
Radiographie - Endoscopie Bronchique  
Epreuve d'effort Cardio-Respiratoire  
Sevrage Tabagique



إختصاصية  
أمراض الجهاز التنفسى و الحساسية  
الضيقه - داء آسل  
فحص الوظيفية التنفسية  
الفحص بالأشعة - الفحص بالمنظار  
اختبار التحمل للقلب و الجهاز التنفسى  
الإقلاع عن التدخين

Casablanca, Le ..... الدار البيضاء، في

**06/04/2023**

**Nom et prénom SETTI Fatima ep bachry**  
**Examen réalisé: Rx du thorax face**

- absence d'anomalie parénchymateuse décelable
- cul de sac pleuraux sont libres
- Silhouette cardio-médiastinale de morphologie normale

**Dr Meriem LAHROUSSI**



شارع الشهداء (شارع "A" سلفي)، النقدم، زنقة 2، رقم 86، الطبق الأول. ( أمام محطة الترامواي الحي المحمدى)، الحي المحمدى، الدار البيضاء- الهاتف : 05 22 62 12 63 - 05 22 62 15 95 :  
Boulevard Chouhadaa (ex Avenue «A»), Takadoum, Rue 2, N°86, 1er Etage, (en face station Tramway Hay Mohammadi), Hay Mohammadi, Casablanca  
Tél.: 05 22 62 15 95 - 05 22 62 12 63