

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0014156

☐ 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 : C/o Almatira IMB 60 MG HM CASABLANCA
 Tél. : 066181989 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 06/04/2023
 Nom et prénom du malade : Setti Fatima 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 12/04/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

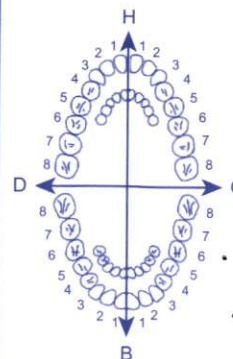
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

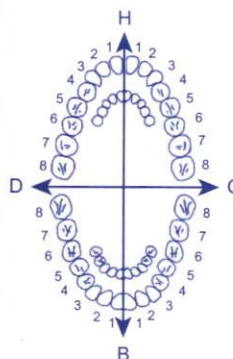
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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 Meriem LAHROUSSI

الدكتورة مريم لحروسي

Spécialiste

en Pneumo Phthisiologie et Allergie Respiratoire

Asthme - Tuberculose

Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR)

Radiographie - Endoscopie Bronchique

Epreuve d'effort Cardio-Respiratoire

Sevrage Tabagique



إختصاصية

أمراض الجهاز التنفسي و الحساسية

الضيق - داء الأسل

فحص الوظيفة التنفسية

الفحص بالأشعة - الفحص بالمنظار

إختبار التحمل للقلب و الجهاز التنفسي

الإقلاع عن التدخين

Casablanca, Le الدار البيضاء, في

SETTI Fatima ep bachry

06/04/2023

164,90
zephirus 120/20

1gel à inhaler le soir pdt 2 mois

102,60
Aerius 5mg

1cp le soir pdt 2 mois

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

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

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

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

Dr. Meriem LAHROUSSI
Pneumo Phthisiologie - Allergie
Bd. Chouhadaa (ex Avenue «A»), 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

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 التنفسي و الحساسية
الضيق - داء السل
فحص الوظيفة التنفسية
الفحص بالأشعة - الفحص بالمنظار
إختبار التحمل للقلب و الجهاز التنفسي
الإقلاع عن التدخين

Casablanca, Le في الدار البيضاء,

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



Docteur Meriem LAHROUSSI

الدكتورة مريم لحروسي

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 التنفسي و الحساسية
الضيق - داء السّل
فحص الوظيفة التنفسية
الفحص بالأشعة - الفحص بالمنظار
إختبار التحمل للقلب و الجهاز التنفسي
الإقلاع عن التدخين

Casablanca, Le في الدار البيضاء,

06/04/2023

Nom et prénom SETTI Fatima ep bachry

Examen réalisé: Rx du thorax face

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

Dr Meriem LAHROUSSI

Dr Meriem LAHROUSSI
Pneumologue - Allergologue
Bd. Chouhada (ex Avenue «A»),
Takadoun, Rue 2, N° 86,
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél: 05 22 62 15 95 / 05 22 62 12 63