

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

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- 0037138

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00782 Société : 408093

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : HAITA Mohamed

Date de naissance :

Adresse : Rue 30M° 24 HAY ADIL Casablanca

Tél. : 06.67.04.8050 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/01/2022

Nom et prénom du malade : HAITA Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Pulmonaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

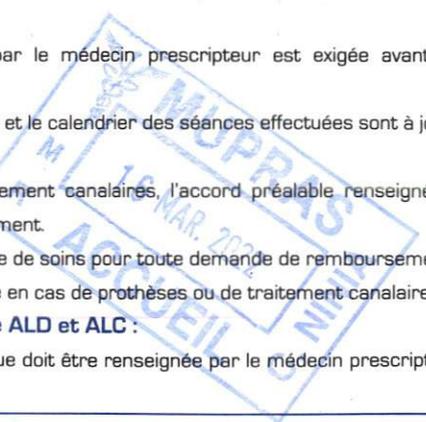
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Handwritten signature

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
14/01/22				<i>Dr. Youssef El Ghazal</i> Dr. Youssef El Ghazal B.P. Choukroun (ex. Avenue (A)) B.P. Choukroun, Rue N° 86 Casablanca Tél: 0522 6216 95104 22 62 12 0

INPE: 091185106

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/01/2022	282,10

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

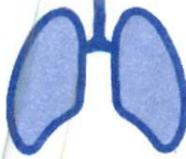
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 14 Jan. 2022 في الدار البيضاء, في

HAITA Mohammed

14/01/2022

2014 febrex sachet sans sucre

1sachet x2/j

15/30 vita c 1000 sans sucre

1cp/J pdt 10 j

24/80 x2 sepcen 500 mg

1cp x2/j pdt 10j

40/90 zinaskin 45mg

1cp/j

56/30 d-cure

1amp buv/ semaine

صيدلية الدار البيضاء
140 Avenue EL MOUASSI
20000 Casablanca

PHARMACIE EL MOUASSI
S.V.
PHARMACIE EL MOUASSI
S.V.
PHARMACIE EL MOUASSI
S.V.
PHARMACIE EL MOUASSI
S.V.

F=282,10
Dr Meriem LAHROUSSI
Pneumo Phtisiologie - Allergie-Immunologie
Boulevard Chouhadaa (ex Avenue «A»), Takadoum, Rue 2, N°86, 1er Etage, en face station Tramway Hay Mohammadi, Hay Mohammadi, Casablanca
Hay Meriem LAHROUSSI
Tél: 05 22 62 15 95 - 05 22 62 12 63

Cachet Et Signature

DR Meriem LAHROUSSI

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 07/2024
LOT 15038 60

20 comprimés effervescents

PPV: 56,30 DH
LOT: 21H30D
EXP: 08/2023

PHARMED LOT : 2329
UT.AV : 08-24
PPV : 20DH00

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 06/2024
LOT 16084 2

74,80

74,80

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



14/01/2022

إختصاصية
أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
الضيقة - داء السل
فحص الوظيفة التنفسية
الفحص بالأشعة - الفحص بالمنظار
إختبار التحمل للقلب والجهاز التنفسي
الإقلاع عن التدخين

Casablanca, Le في الدار البيضاء.

Note d'honoraire

Le Docteur Meriem LAHROUSSI a l'honneur de présenter ses meilleure salutations à Mr HAITA Mohammed

note d'honoraires, soit la somme de :

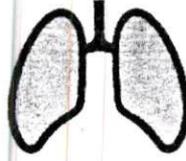
consultation+ radio thorax 400dh

Meriem LAHROUSSI

Dr. Meriem LAHROUSSI
Pneumo Phtisiologie et Allergie Respiratoire
Bd. Chouhadaa (ex Avenue «A»), Takadom, 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

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

Casablanca, Leالدار البيضاء. في

22/01/2022

Nom et prénom: MOUTCHOU Fatima

Examen réalisé: Rx du thorax face

- syndrome bronchique
- cul de sac pleuraux sont libres
- Silhouette cardio-médiastinale de morphologie normale

Dr Meriem LAHROUSSI