

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° P19-0000777

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11712 Société : LAGZIRI

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGZIRI Sami Date de naissance : 08/02/1975

Adresse :

Tél. : 063669759 Total des frais engagés : 383,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 Dec 2023

Nom et prénom du malade : LAGZIRI Yasser Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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) :

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 - 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

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
05 Dec 2023				<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Stamp: Pharmacie Oued Zem]</i>	18/12/23	183,10

RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	18/12/23	2x	200 DV

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 <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"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
	B																			
	[Création, remont, adjonction] 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"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges
Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL
Ancien Médecin Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الأذن، الأنف والحنجرة
و جراحة الوجه والعنق
تشخيص الدوخة، الطنين و نقص السمع
التشخيص بالمنظار الداخلي، أمراض الحساسية
طبيبة اختصاصية سابقا بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le **05 Dec 2023** في الدار البيضاء،

E. Logzini Yasser



Levomox 500 Jachet

65,00 x 2

Asx 215 pto 85m

Neoprol 5mg

20 50

4 cpl 5 mg et 1 cpl 5 mg
pto 5 mg

Muxol 5mg

32 60



173.10.

Dr. ELMANSOURI Imane
Médecin Spécialiste ORL
Chirurgie Cervico-Faciale
Rue Goulmima - 1er Etage
Bourgogne - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 20 21 00

633. زنقة كلميمة، الطابق الأول الشقة 1 بوركون - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulmima - 1er Etage - Appt N  1 - Bourgogne - Casablanca

البريد الإلكتروني: E-mail: mansouriorl@gmail.com : الهاتف/الفاكس : 05 22 20 21 00 /Tél./Fax

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges

Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL

Ancien Médecin Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبيبة إختصاصية في أمراض وجراحة الأذن، الأنف والحنجرة
وجراحة الوجه والعنق

تشخيص الدوخة، الطنين و نقص السمع

التشخيص بالمنظار الداخلي، أمراض الحساسية

طبيبة إختصاصية سابقا بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le 05 Dec 2023 في الدار البيضاء،

E. Lognini gasser

Rx cou et profil

Dr. CHRAÏBI ES SAÏDA
RADIOLOGUE
Diplômée de l'Université de Nantes
INP: 091043075
Tél.: 05 22 37 67 05

Dr. ELMANSOURI Imane
Médecin Spécialiste ORL
Chirurgie Cervico-Faciale
Le 633, Rue Goulmima - 1er Etage
Appt N  1 - Bourgogne - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 20 21 00

633، زنقة كلميمة، الطابق الأول الشقة 1 بوركون - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulmima - 1 r Etage - Appt N  1 - Bourgogne - Casablanca

البريد الإلكتروني : mansouriorl@gmail.com : E-mail : الهاتف/الفاكس : 05 22 20 21 00 Tél./Fax :

Dr. SOUAD CHRAIBI
Dr. KHALID BENSOUDA
RADIOLOGUES



الفحص بالأشعة
ابن امسيك - سيدي عثمان
الدكتورة سعاد الشرايبي
الدكتور خالد بنسودة
إختصاصيان في الفحص بالأشعة

- I.R.M sur RDV
- SCANNER
- RADIOLOGIE GENERALE
- ECHOGRAPHIE-ECHO-DOPPLER COULEUR
- MAMMOGRAPHIE
- OSTEODENSITOMETRIE
- PANORAMIQUE DENTAIRE
- CONE - BEAM

Casablanca, le 18/12/2023

Facture N° 09548\2023

Nom patient : **LAGZIRI YASSER**

Examen(s) réalisé(s) : **RX CAVUM DE PROFIL**

Montant : **200 DH**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

Dr.k.BENSOUDA



091166637

Dr.E.CHRAIBI



091043075

Dr. CHRAIBI ES SADA
Diplômée de l'Université de Nantes
N°: 091043075
Tél: 05 22 37 67 05

RADIOLOGIE
BEN M'SIK - SIDI OTHMAN

Dr. ES SAÏDA CHRAIBI
Dr. KHALID BENSOUDA
RADIOLOGUES

- I.R.M sur RDV
- SCANNER
- RADIOLOGIE GENERALE
- ECHOGRAPHIE-ECHO-DOPPLER COULEUR
- MAMMOGRAPHIE
- OSTEODENSITOMETRIE
- PANORAMIQUE DENTAIRE
- CONE - BEAM



الفحص بالأشعة
ابن امسيك - سيدي عثمان
الدكتورة السعيدة الشرايبي
الدكتور خالد بنسودة
إختصاصيان في الفحص بالأشعة



Casablanca , le 18/12/2023

Médecin traitant : DR ELMANSOURI .I
Nom du patient : LAGZIRI YASSER
Examen réalisé : RX CAVUM DE PROFIL

COMPTE RENDU

Empreinte sur la paroi postéro-supérieure
du cavum, rétrécissant la filière aérique,
témoin d'une hypertrophie des végétations
adénoïdes.

Confraternellement
Docteur SOUAD CHRAIBI

Dr. CHRAÏB ES SAÏDA
RADIOLOGUE
Diplômée de l'Université de Nantes
INF: 091043075
Tél.: 05 22 37 67 05

