

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.

Matricule : 022 99 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHARLINE AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 03/03/2023

Nom et prénom du malade : CHARLINE AHMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD

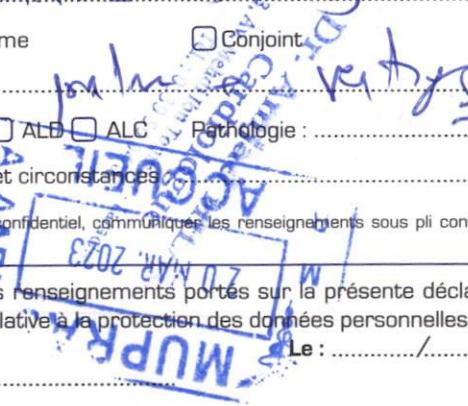
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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) : 

RELEVE 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
01	CS		300,00	
03				
22/23	FC			

Dr. Anjad HILAL
Cardiologue
3, Av. Mehdi Ibn Toumart - Larache
Tel : 039 50 04 03

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
	07	TDM	1450,00
	03/23	Cerebral.	420,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS	
H	25533412 00000000 35533411		21433552 00000000 11433553
D	00000000		00000000
B	00000000		00000000
G			

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR M. AMJAD HILALI NAJM

Cardiologue

Lauréat de la faculté de la médecine d'Amiens

Echocardiographie

Diplômé de l'université de Paris XII

Ancien Praticien Hospitalier
des Hôpitaux de France



الدكتور م. أمجاد هيلالي ناجم

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب باميانت فرنسا

الفحص بالأشعة فوق الصوتية

خريج جامعة باريس

طبيب ممارس سابقًا بمستشفيات فرنسا

Larache le : 07/03/2023

M Ahw -

07/03/2023

as TDM Cerebral C -

RC: ① neg. FM ~ fract
Clinique LIXUS
Avenue Mehdi Ibn Toumart
LARACHE
TAN: 05 39 90 00 02

② tr - Negatif

③ ANC? to collect.
E.C.

2



POLYCLINIQUE LIXUS 3, Avenue Mehdi Ibn Toumaret (En face Stade Municipal) - Larache

Tél.: 05 39 50 04 03 Fax: 05 39 91 57 90

E-mail : polycliniquelixus@gmail.com - Larache





Echographie Doppler - Scanner Spirale Multibarette - Mammographie - Denta scanne
Radiologie Générale Numérique - Radiologie Interventionnelle

Dr . SEKKAL Mustapha
Radiologue

دكتور . سقال مصطفى
أخصائي أشعة

Date : 07/03/2023

Nom et Prénom : CHAHINE AHMED

Médecin traitant : DR HILALI

Type d'examen : TDM CEREBRALE

Chères consœurs, chers confrères Merci de votre confiance et de votre collaboration

Technique : Examen réalisé en mode spiralé par des coupes axiales jointives de 0.6mm, avec RMP en FP, sans et après injection de PCIV.

Indications : Trouble de l'équilibre.

Résultats :

- Lésion pariéto-occipitale gauche, de densité liquidienne, avec une coque périphérique rehaussée après PCIV mesurant 31x40mm et entourée d'une hypodensité digitiforme.
- Structures de la ligne médiane en place.
- Système cisterno-ventriculaire de taille et de situation normales.
- FCP sans particularités.

Conclusion :

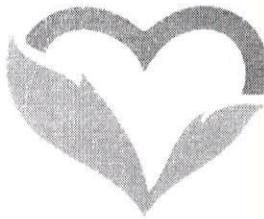
- Aspect TDM cérébral évoquant, vu le contexte néoplasique une localisation cérébrale secondaire entourée d'un œdème digitiforme.
- Un complément IRM cérébral serait souhaitable.

Signé : Dr SEKKAL Mustapha

Ci-joint un CD à rapporter impérativement en cas d'un nouvel examen.

Clinique Lixus

3, Avenue Mehdi Ibn Toumaret
(En face stade municipal)
Larache
C (05) 39 50 04 03
E-mail : polycliniquelixus@gmail.com



مصحة ليكسوس

زنقة مهدي ابن تومرت
(أمام الملعب البلدي)
العرائش
الهاتف : 05.39.50.04.03

Larache le : 07/03/2023

Facture N°923/23

Nom et Prénom : CHAHINE AHMED

Date d'examen : 07/03/2023

Désignation : TDM CEREBRALE

- Part clinique : 1450.00 DH

- Part radiologue : 450.00 DH

TOTAL : 1900.00 DH

“ Arrêté la présente facture à la somme de ”

“ Mille Neuf Cent Dirhams ”

Mode de paiement : Espèce(MUPRAS)