

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0024019

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02299 Société : 153941

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAINE AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2023

Nom et prénom du malade : CHAINE AHMED Age :

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

Nature de la maladie : 20 - pathologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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



# 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                                |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 07<br>03<br>2023 | C<br>EC           |                       | 3000                            | Dr. Amjad KILALI<br>Cardiologue<br>3, Av. Mehdi Ibn Toumart - Larache<br>Tel : 01 39 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

TDM  
Cerebrale. 471,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

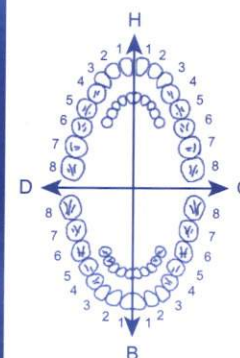
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

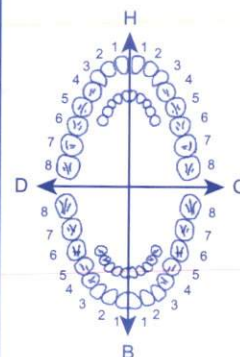
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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 و الشرايين

خريج كلية الطب باميان فرنسا

الفحص بالأشعة فوق الصوتية

خريج جامعة باريس








طبيب ممارس سابقا بمستشفيات فرنسا

Larache le :

CHA HAMS -  
Alus -

07/03/2023

AD TDM Cerebral C-

IZC :  -  -  -  -  -  -  -  -





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**

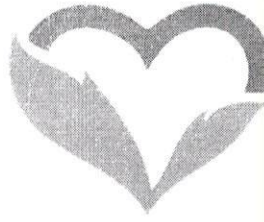
**Ci-joint un CD à rapporter impérativement en cas d'un nouvel examen.**



# Clinique Lixus

3, Avenue Mehdi Ibn Toumaret  
(En face stade municipal)  
Larache

C (05) 39 50 04 03  
E-mail : [polycliniquelixus@gmail.com](mailto:polycliniquelixus@gmail.com)



# مصحة ليكسوس

3، 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)

N°T.P: 53510448

IF : 15244448

INPE : 160062204

ICE : 001557725000043

**Clinique LIXUS**  
Avenue Mehdi Ibn Toumaret  
LARACHE  
Tel: 05.39.50.04.03

**Dr. SEKKAL Mustapha**  
Radiologue  
Diplômé de la Faculté de  
Médecine de Toulouse  
Polyclinique LIXUS  
Avenue Mehdi Ibn Toumaret Larache  
Tél: 05.39.50.04.03