

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-794533

257258

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8077 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : EX AGENT
 Nom & Prénom : HANA F. BISSAM
 Date de naissance : 30-06-1967
 Adresse : RUE IBN JAHIR, RES DAR SALAM
 Bourgogne CHA
 Tél. : 0661210764 Total des frais engagés : 1430,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hame HJIAJ
 Cardiologie Adulte et Pédiatrique
 79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars
 Rés. Carré d'Or - Casablanca
 GSM: 06 61 71 00 44
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : HANA F. BISSAM Age : 56 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dyslipémie
 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 : CHA

Le : 13/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/04/20	G ELC		300 100	INP : 091163063 Dr. Hame HJIA Cardiologie Adulte et Pédiatrie 13, Rue de Rome - Angie Bd. 2 Mar 13000 Cassis

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du dispensaire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA BRISE DE SELASSI 38, Rue Abou Abbas El Azh Maalif Tél: 0522 99 07 10 ICE: 001688	03/04/2023	1030,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

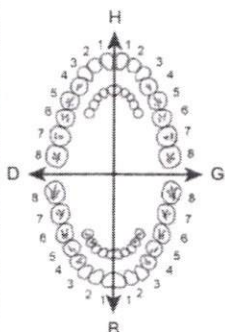
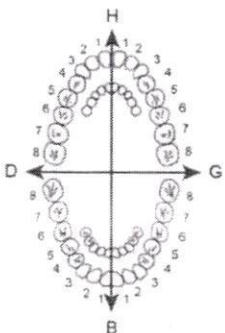
[illegible]

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cardiologie Adulte
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège
Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



إختصاصية في أمراض القلب
للکبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بلجيكا - بلجيكا

طبيبة في أمراض القلب

فرنسا - فرنسا

Casablanca, le : 03/04/23

Nom : HANAFI Btissam

3x 79,00

1^{er} Tahor 10 : 14/15

3 mois

70,90

2^e Profenid 100 : 14/15 1ble
167,00

3^e Zanax 1g : 14/15 1ble
215,00

4^e Raciper 40 : 14/15 1mois
140,00

5^e Hebo pommade : 14/15 2/3 1ble
201,00

6^e Dolon 1000 : 14/15 1mois

Dr. Ilhame HJIAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
Angle Bd 2 Mars

LOT : 21E036
PER : 10 2024

PROFENID 100MG
CP PEL 830

P.P.V : 70DH90



mebo 0,25%

Pommade dermique
Tube de 30 g



Composition:

Extrait de l'huile de

Excipient

Excipient à effet

Conserver à une

Ne pas Laisser à

Pour les indicat

PPV: 140,00 Dhs

ZAMOX® Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
1g/125mg

24 SACHETS



PPV: 167DH00
PER: 12-24
LOT: K3500

RACIPER® 40 mg

28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



PPV: 215DH00

daflon® 1000

30 comprimés pelliculés



201/100

10 mg

TAHOR 10 mg ○

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. :

0 6 2 5

P.P.V

LOT N° :

7 9 0 0
6 J 8 5 9 9

09366082/4

10_{mg}

TAHOR[®] 10_{mg} ○

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. :

0 6 2 5

P.P.V

LOT N° :

7 9 0 0
6 J 8 5 9 9

09366082/4

10_{mg}

TAHOR[®] 10_{mg} ○

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. :

0 6 2 5

P.P.V

LOT N° :

7 9 0 0
6 J 8 5 9 9

09366082/4

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

**Cardiologie Adulte
et Pédiatrique**

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège

Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



الدكتورة إلهام احجيج بنعمر

إختصاصية في أمراض القلب

للکبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بلييج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le : 03/04/23

Nom : HANAFI Btissam

Note d'honoraires

Le Dr HJIAJ Ilhame vous remercie de votre confiance
et vous adresse la note d'honoraire de :

Correspondant à :

- ⊕ Consultation : 300 DH
- ⊕ ECG : 100 DH
- Echo-doppler cardiaque :
- Echo-doppler des TSA :
- Holter TA :
- Holter ECG :
- Epreuve d'effort :
- Echocardiographie de stress :
- Echographie transoesophagienne :
- Autres :

Dr. Ilhame HJIAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
79, Rue de Rome Angle Bd. 2 Mars
Casablanca

79, rue de Rome Angle bd 2 mars, res Carré d'Or - RDC - Casablanca

Tél.: 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06 .61.71.00.44

IF : 401071103 - TP : 34450220 - CNSS : 8185523 - INP : 091163063

ICE : 001872067000018

ECG

Dr HJIAJ Ilhame

79 Rue de Rome casablanca - Tél :0522815454

NOM: HANAFI Btissam

ID :

Genre :Femme

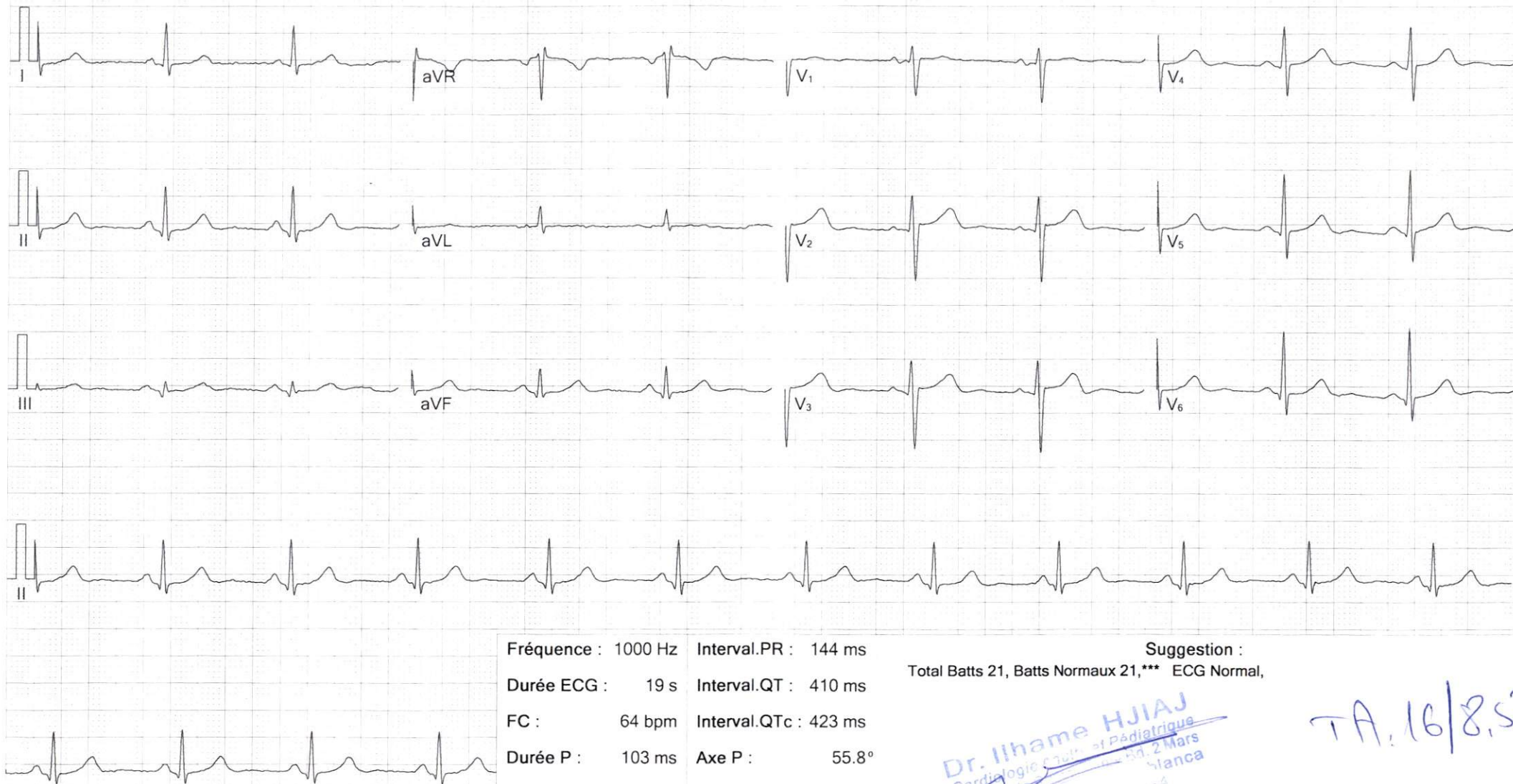
Age :55

DDN :30-06-1967

Date Test :03-04-2023 13:47

Case #: Investigation #: Médecin Référent: Dr Ilhame HJIAJ

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Interval.PR : 144 ms
Durée ECG : 19 s Interval.QT : 410 ms
FC : 64 bpm Interval. QTc : 423 ms
Durée P : 103 ms Axe P : 55.8°
Durée QRS : 81 ms Axe QRS : 29.4°
Durée T : 201 ms Axe T : 63.8°

Suggestion :
Total Batts 21, Batts Normaux 21,*** ECG Normal,

Dr. Ilhame HJIAJ
Cardiologue et Pédiatrique
79 Rue de Rome - Casablanca
Rés. Carré
GSM: 06 61 79 06 44

TA: 16/8,5

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Signature Médecin: