

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

196517

M23- N° 0044091

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	4675	Société :	RHAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	20 FEV. 2024
Nom & Prénom :		SCALLY F-Z	
Date de naissance :		24/12/69	
Adresse :			
Tél. :		06.61.42.46.68	
		Total des frais engagés : 300 + 100 + 1980,80 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	22/02/2024	Age:	54
Nom et prénom du malade :	SCALLY Fatima Ezzahra	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ESV + ESTA		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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) : .....

## 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
22/02/24	ME	200 DH	200 DH	Dr. Ilhame HJIAJ Cardiologue Adulte et Pédiatrique 79, Rue de Roma, Angle Bd 2 Mars Rés. Carré d'Or - Casablanca GSM: 06 61710044
	TECE	100 DH	100 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PH. EL KOBBA 2 AV. MOUSSA FES RC 35716 06 66 91 59	22/02/24	14000 DH

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
	D	00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 22/02/2011

Nom : Mme SCALLY Fatima Ezzaouia

360,00 ₦ (113,60 x 3) Grandine 100: 1gell/1ml  
 302,10 ₦ (100,70 x 3) Tambour 100: 1/2 cpl x 2,1  
 460,20 ₦ (76,70 x 6) Tuxim 100: 1gell/1  
 14 EL KOBBA 264,00 ₦ (82,90 x 2) 4:03 35 71 66 91 59 Cartee 10: 1gell/1  
 > 88,00 ₦

369,00 ₦ (73,20 x 5) 3ml  
 50% Heparine 1cpl x 2,1 3ml 0,5  
 245,00 ₦ Allorex: 1gell/1

EL KOBBA  
 2 Ain NOKBI FES  
 RC: 35716  
 4:03 35 66 91 59  
 31: 05 35 66 91 59

EL KOBBA  
 2 Ain NOKBI FES  
 RC: 35716  
 4:03 35 66 91 59

Dr. Ilhame HJIAJ  
 Cardiologie Adul et Pédiatrique  
 79, Rue de Rome Angle Bd. 2 Mars  
 Res Carré d'Or Casablanca  
 GSM: 06.61.71.00.44



LOT: 23181 PER: 09/2028  
PPV: 100,70 DH

LOT: 23181 PER: 09/2028  
PPV: 100,70 DH  
LOT: 23181 PER: 09/2028  
PPV: 100,70 DH

AMM N° 348 DMP / 21 / NNP  
Fabriqué sous licence MEDAPHARMA  
par les laboratoires Steripharma  
Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

X3  
Ced  
PPV: 88DH00  
PER: 05/25  
LOT: L1578

Ce complément alimentaire n'est pas un médicament.  
N°DA20181706751DMP/20UCA/MAv3  
Importateur Exclusif  
BIOCODEX MAROC BP 126 Nouaceur  
www.biocodex.ma  
P.P.C : 245,00 DH



Casablanca, le : 22/02/24

Nom : SEALLY Fatima Ezzahe

## Note d'honoraires

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

## Correspondant à :

Consultation: 300 AM

ECG: leads

- Echo-doppler cardiaque :
  - Echo-doppler des TSA :
  - Holter TA :
  - Holter ECG :
  - Epreuve d'effort :
  - Echocardiographie de stress :
  - Echographie trans-oesophagienne :
  - Autres :

~~Dr. Ilhame HJIAJ  
Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars  
Rés. Carré d'Or Casablanca  
GSM: 06 61 71 00 44~~

**Dr. Ilhame HJIAJ**  
Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars  
Rés. Carré d'Or - Casablanca  
GSM: 06 61 71 00 44

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

IE · 401071103 - TP · 34450220 - CNSS · 8185523 - INP · 0911630633

ICE : 001872067000018

# ECG

Dr HJIAJ Ilhame

79 Rue de Rome casablanca - Tél :0522815454

NOM:SCALLY Fatima Ezzohra

ID :     

Genre :Femme

Age :74

DDN :14-12-1949

Date Test :22-02-2024 10:11

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

