

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

- Reclamation : 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

196517

Déclaration de Maladie

M23- N° 0044091

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SCALLY F-Z

Date de naissance : 24/12/49

Adresse :

Tél. : 06 61 42 46 68 Total des frais engagés : 300 + 100 + 1980,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ihame 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 : 22/02/2024

Nom et prénom du malade : SCALLY Fatima Ezze Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ESN + ESA

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22/02/24 | 1U2 1ECC | | 300 Dh 100 Dh | Dr. Ihame HJIAJ Cardiologie Adulte et Pédiatrique 79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars Rés. Carre d'or - Casablanca GSM: 06 61 71 00 44 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PH. EL KOBBA 24, Avenue NOKRI FES RC: 35716 Tél: 05 35 66 91 59 | 22/02/24 | 1.406,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

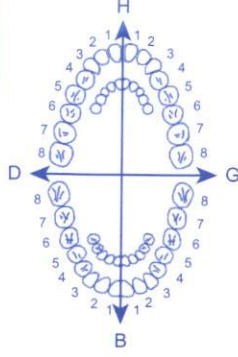
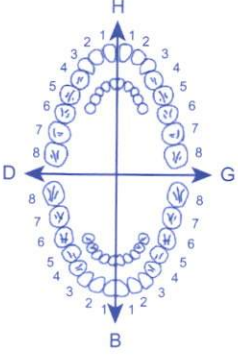
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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

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 و الأطفال

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le : 22/02/24.

Nom :

M^{lle} SCALLY Fatima Ezzahra

340,50

(113,50 x 3)

15

Gronoline 120: 1 gel/j

302,10

T = (100,70 x 3)

20

Tambocor 100: 1/2 cp x 2/j

460,20

(76,70 x 6)

30

Tuexin 20: 1 cp/j

264,40

(22,90 x 2)

10

Cartee 10: 1 cp/j

= 88,00

369,02 (73,80 x 5) 3 mo

5° Hepanet 1 cp x 2/j

3 mois

245,00 1° Alboxex: 1 gel/j

1969,20

H. EL KOBBA
2 Ain NOKBI FES
RC: 35716
05 35 66 91 59

H. EL KOBBA
2 Ain NOKBI FES
RC: 35716
05 35 66 91 59

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

x5
ced

هيپانات 40 قرص 73,80 DH
A consommer de préférence avant fin : 05/2026
Lot n° Z143B

SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI srl
Via delle Industrie 1 Abissola Marina (SV) ITALIA
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid
Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

x6
ced

EXP. MAY-26
LOT ZESC
FAB. JUN-23

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al ouarn r. ches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Bottle 14
640150MP/21NRQ P.P.V.: 76,70DH
6 118001 020591

LOT: 23006
PER: 04/2025
PPV: 113,50 DH

LOT: 23006
PER: 04/2025
PPV: 113,50 DH

LOT: 23006
PER: 04/2025
PPV: 113,50 DH

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.

CE N° DA20181706751DMP/20UCA/MA_{v3}

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC BP 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C : 245,00 DH

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

بلييج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le : 22/02/24

Nom : SCALLY Fatima Egghe

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
Rés. Carré d'Or - Casablanca
CSM:06 61 71 00 44

ECG

Dr HJIAJ Ilhame

79 Rue de Rome casablanca - Tél : 0522815454

NOM: SCALLY Fatima Ezzohra

ID :

Genre : Femme

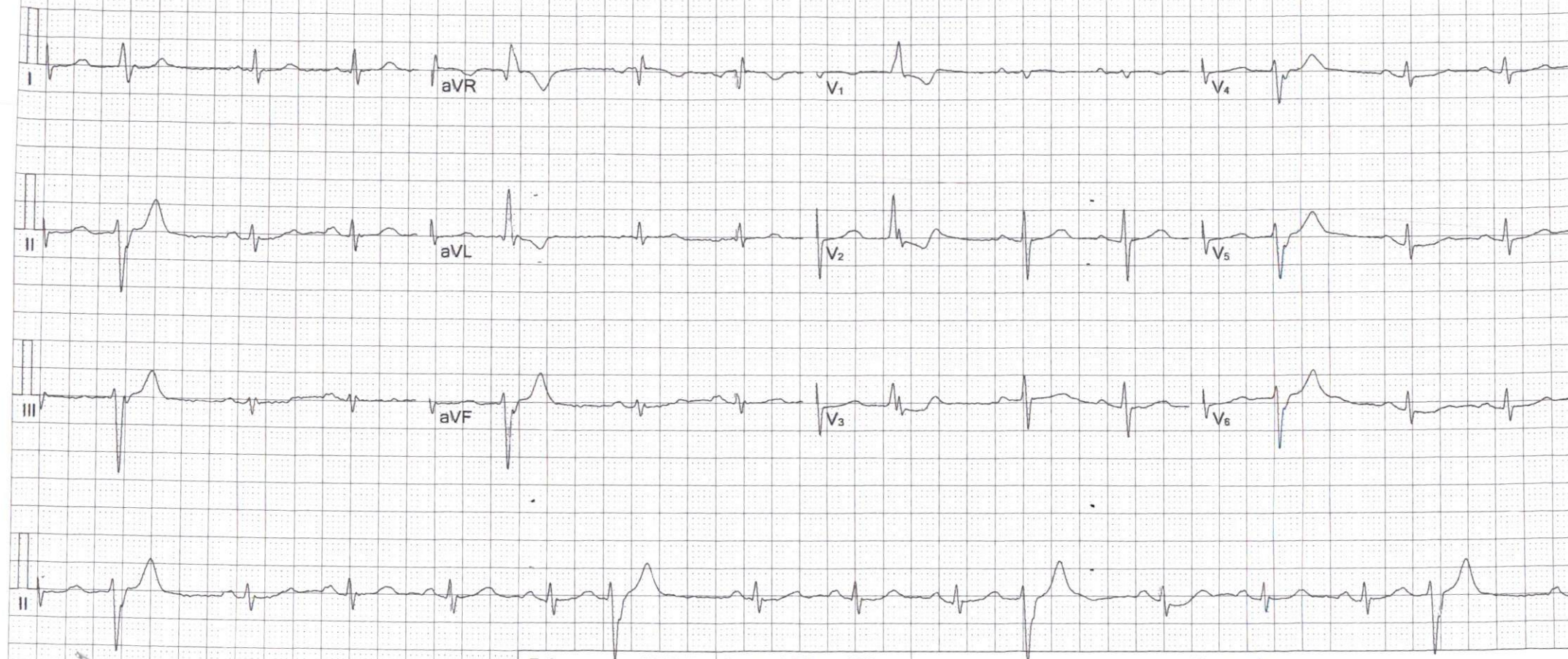
Age : 74

DDN : 14-12-1949

Date Test : 22-02-2024 10:11

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

10mm/mV 25mm/s



| | | | |
|-------------|---------|----------------|--------|
| Fréquence : | 1000 Hz | Interval.PR : | 162 ms |
| Durée ECG : | 56 s | Interval.QT : | 376 ms |
| FC : | 78 bpm | Interval.QTc : | 428 ms |
| Durée P : | 88 ms | Axe P : | 69.2° |
| Durée QRS : | 79 ms | Axe QRS : | -57.2° |
| Durée T : | 267 ms | Axe T : | 52.2° |

Suggestion :
Total Batts 73, Batts Normaux 63, ESV 10, Bloc fasciculaire antérieur gauche,

Dr. Ilhame HJIAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars
Rég. Car. d'O. Casablanca
GSM: 0661 71 00 44

TH: 12.5/8.5

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

Signature Médecin: