

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 :

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-712972

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
197341			
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricle : 8077 Société : R.AJ			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Depart volontaire
Nom & Prénom : HANAFI BTISSA			
Date de naissance : 30-06-1967			
Adresse : Lot BAYROUNI Les DAR SALAH APP n° 16 CASA			
Tél. : 0661210764 Total des frais engagés : 815,00 Dhs			

Autorisation CNP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Ilhame HJIAJ Cardiologie Adulte et Pédiatrique 79 Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars Rés. Carré d'Or - Casablanca Ref. 06-01-710014			
Date de consultation : 26/02/2024			
Nom et prénom du malade : HA NAIFI BTISSA Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dyslipidémie			
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 : CASA Signature de l'adhérente(e) :
Le : 02/02/2024

197341

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
10/2/24	g		300 DH 100 DH	INPE:091163063 Dr. Ilhame HJIAJ Cardiologie Adulée et Pédiatrique 1 Rue De Rome, Angle Bd. 2 Mars Casablanca
			950 DH	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA BRISE 33, rue Abou Abass El Agh. Maadid ext. Casablanca Tél: 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01 E-mail: parabrise@gmail.com • le brise parapluie ICE : 007688166000012 - INPE	24/07/2024	415,90

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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	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"/>													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

الدكتورة إلهام حاجي بنعمر

Cardiologie Adulte

et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège

Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



اختصاصية في أمراض القلب

للكبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le : 26/02/24.

Nom : HANAFI Blissan .

79, w x 3

1/ T-Pore 15. Hyp / SV

49, 60 x 4

2/ D-Cure forte: tampon SV

70, 70

PHARMACIE LA BRISE
38, rue Abu Hassan El Afifi, Maârif ext. Casablanca
Tél: 0522 99 07 19 - 0522 99 07 20 - 0522 92 10 70
ICE: 0522 99 07 19
www.pharmacielabrise.com

III 3 mois

3/ Azix 500: Hyp / SV Note

T 415,90

PHARMACIE LA BRISE
38, rue Abu Hassan El Afifi, Maârif ext. Casablanca
Tél: 0522 99 07 19 - 0522 99 07 03 - 0518 18 41 81
e-mail: pharmacielabrise@gmail.com
ICP : 001688166000012 - INPE : 002037136

Dr. Ilhame HJIAJ

Cardiologie Adulte et Pédiatrique

79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars

Rés. Carré d'Or - Casablanca

Tél. : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

79, rue de Rome angle bd 2 mars, rés Carré d'Or - RDC - Casablanca

Tél. : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026

MCP20NA03118
09/08/2018

EXP:

Fg, 00

P.P.V

LOT N°:

UT. AV.: 0 6 2 5
7 9 0 0

UT. AV.: 0 6 2 5 P.P.V
LOT N°: 6 J 8 5 9 9
7 9 0 0

09366082/4

PPV 79 D H 7 0
PER 06 / 25
LOT 12200



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

الكتاب والأطفال

خواسته کاریه

بلحکا - تلیچ

طبقة سائحة في مستشفيات

مونیولی، و بارس - فرنسا

Casablanca, le : 26/02/2024

Nom : HANAPIT bissau

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 trans-oesophagienne
 - Autres :

Dr. Hame HJAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
79, Rue de l'Orme Angèle Boz 2 Mars
965, Carré d'Or - Casablanca
GSM: 05 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 : 091163063

ICE : 001872067000018

ECG

Dr HJIAJ Ilhame

79 Rue de Rome casablanca - Tél :0522815454

NOM:HANAFI Btissam

ID : Genre :Femme Age :56 DDN :30-06-1967

Date Test :26-02-2024 11:42

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

10mm/mV 25mm/s

