

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *6034* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *DOUAA NOSTAFA*

Date de naissance : *20/07/1958*

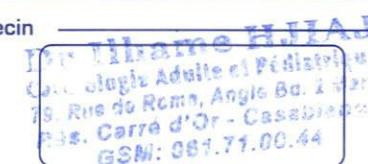
Adresse : *AK HOUZANA 7 imm. 10 APT 5*

LISASFA CASABLANCA

Tél. : *0661447351* Total des frais engagés : *400 + 7022,70* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *11/06/2021*

Nom et prénom du malade : *DOUAA Nostafa* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Arthrose ischiatique*

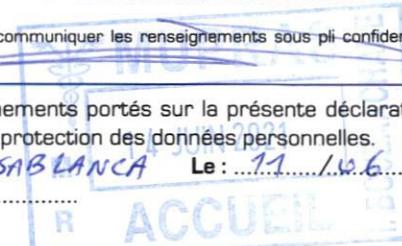
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : *11/06/2021* à *CASABLANCA* Le : *11/06/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *FATIMA NOSTAFA*



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
11/06/21	1U2		300	Dr Ilyas HJIA Cabinet Adulte et Pédiatrique 79, Rue de l'Orme, Argenteuil 95135 P.S. Carte d'Or - Carte Générale GSM: 061.71.00.44
	-ECG		100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/06/21	1022,70

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
		A M	P C	I M	I V	

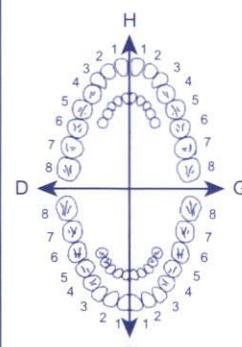
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

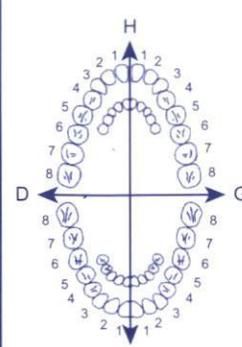
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

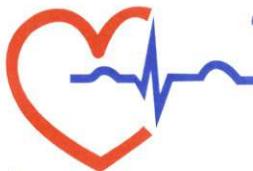
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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 حاجي بنعمر

اختصاصية في أمراض القلب

للكلبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بلجيكي

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le :

Nom :

Douira Mostafa

Note d'honoraires

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

Correspondant à :

Consultation : *Dr*

ECG : *Dr*

Echo-doppler cardiaque :

Echo-doppler des TSA :

Holter TA :

Holter ECG :

Epreuve d'effort :

Echocardiographie de stress :

Echographie transoesophagiennne :

Autres :

*Dr. Ilhame HJIAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
rue de Rome, Angle Bd 2 Mars
Casablanca
Ris. Carré d'Or - Casablanca
Tél.: 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06 .61.71.00.44
Fax : 05.22.81.54.54*

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, angle 2 Mars. Casablanca - Tél : 0522815454

NOM:DOUMA Mostafa

ID : Genre :Homme Age :62 DDN :20-07-1958 Date Test :11-06-2021 13:08

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

10mm/mV 25mm/s

