

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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



Déclaration de Maladie

N° W21-625673

8687

<input type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
		Cadre réservé à l'adhérent(e)					
		Matricule : <u>1956</u>		Société :			
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :			
		Nom & Prénom : <u>BENCHEKROUN ANISSA</u>					
		Date de naissance : <u>18/05/1956</u>					
		Adresse : <u>109 Rue Montaigne VAL FLEURI</u>					
		Tél. : <u>06 61 46 52 24</u>		Total des frais engagés :			
						Dhs	

<input type="checkbox"/>	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : <u>18/09/21</u>	
Nom et prénom du malade : <u>BENCHEKROUN Anissa</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Obésité</u>	
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 :

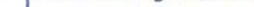
Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



<input type="checkbox"/>	VOLET ADHÉRENT	<input type="checkbox"/>	VOLET Membre
Déclaration de maladie		No. W21-625673	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.		Matricole : <u>1956</u>	
		Nom de l'adhérent(e) : <u>BENCHEKROUN ANISSA</u>	
		Total des frais engagés :	
		Date de dépôt : <u>30 SEP. 2021</u>	
		Coupon à conserver par 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
18/09/21	1 N ₂		300	INP : 091463PGS
	+ ECG		100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARAJATI ABD HOUA DR SESSAH HOUA ABD HOUA (E) - Casablanca 0522 38 33 75	18/03/21	1171,60

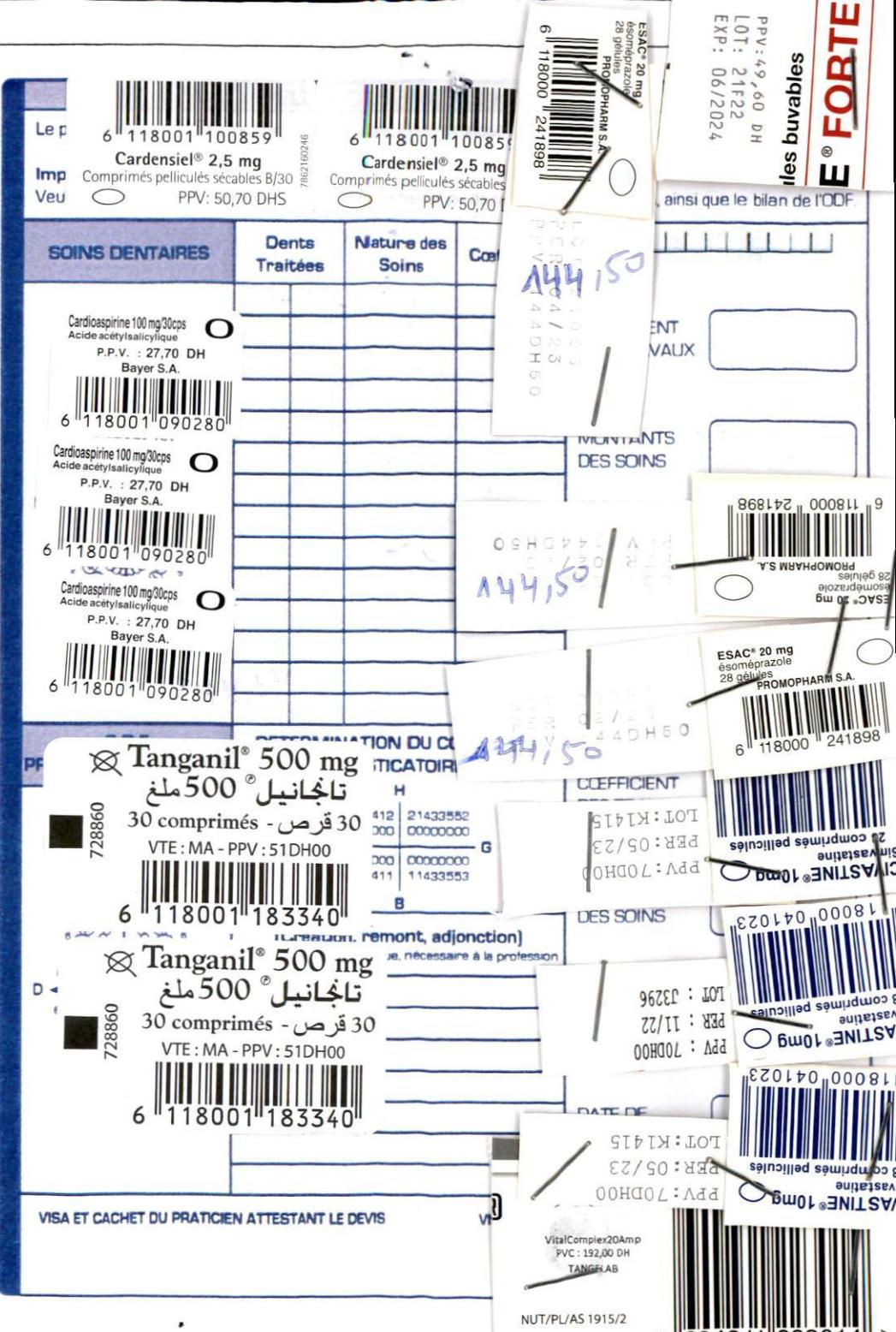
ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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 - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le :

18/09/21.

Nom :

Mme BENCHERKOUN Amissi

صيغة
PHARMACIE ABI HOURAIRA
Dr. A. LATAH MOUDA
21, Bd Abi Houraira (E) - Casablanca
Tél.: 0522.88.83.75

- 1^o Aprovel 150 mg 1/2 cp (SV)
50,70x2
2^o CorSteniel 2.5 mg 1/2 cp (SV)
27,70x3
3^o CorSteniel 1 mg 1/2 cp (SV)
70x3
4^o Clevastatine 10 mg 1 cp (SV)
5^o Albuterol 50 mg 1/2 cp si PADG
51x2
6^o Tamponné 1 cp x 2 (SV)
144,50x3
7^o Esac 20 mg 1 gel (SV)
4769 8^o D. Cure forte 10 ml (SV)
111-3 mois

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

192,4

gof Vital complex SV SP
dsj

Dr. MOHAMED EL HAJI
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
79, Rue de Rome - Angle Bd. 24 Novembre
Rés. Carré d'Or - Casablanca
GSM: 069.78.00.43

T. 1171,61

دوcteur
PHARMACEUTIQUE AB HOURAIRA
Dr. MOHAMED HOUDA
21, Bd Abi Hourair, (E) - Casablanca
Tél : 0522 38 33 75

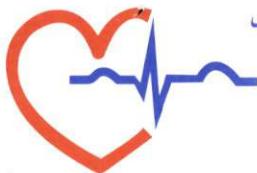
Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

الدكتورة إلهام أحجيج بنعمر

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

للكبار والأطفال

خريجة كلية الطب

طبعة سابقة بمستشفيات

مونیولی، و بادرس - فرانسا

Casablanca, le :

18/09/22.

Nom : BONK Roun Amza

Note d'honoraires

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

Correspondant à :

Consultation :

ECG: *[Signature]*

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

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

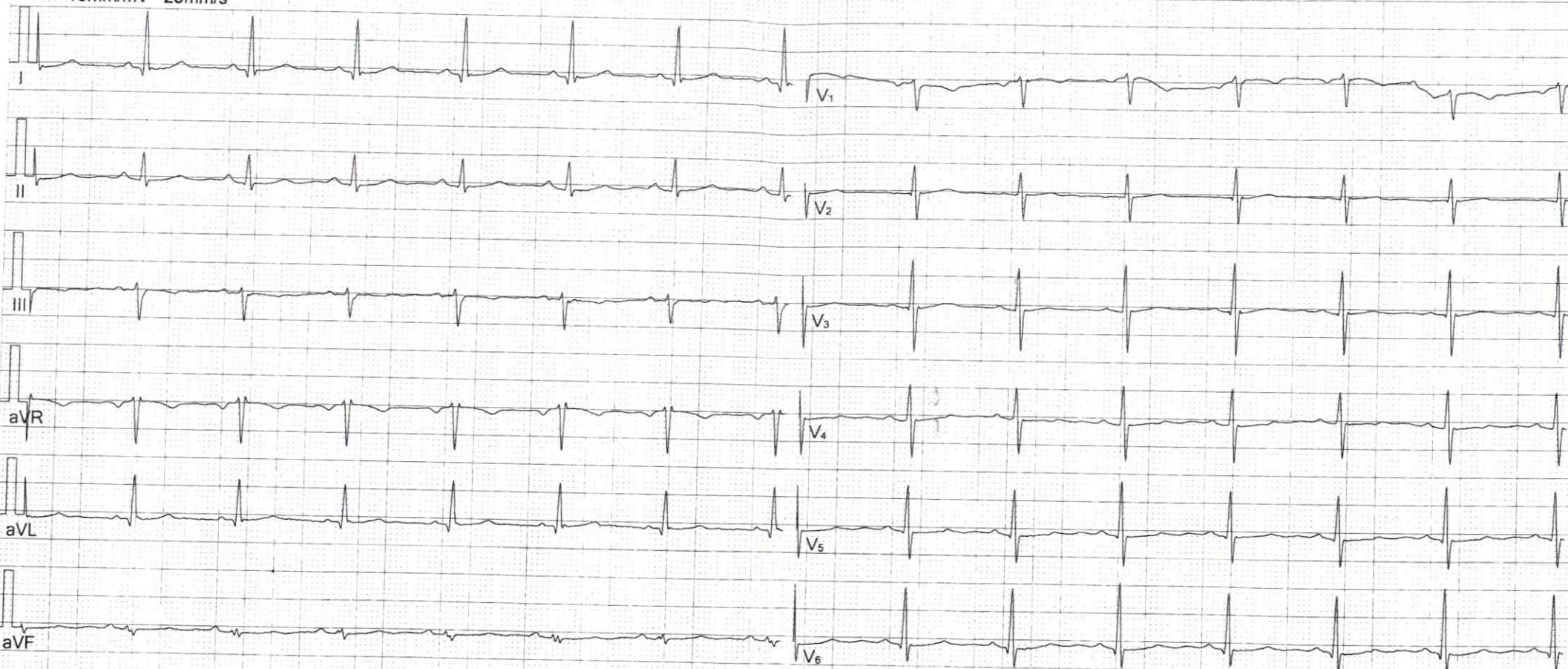
ECG

Dr HJIAJ Ilhame

NOM:BENCHEKROUN Anissa ID : Genre :Femme Age :65 DDN :18-05-1956
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr HJIAJ Ilhame

Date Test :18-09-2021 11:46

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz | Interval PB : 141 ms

Durée ECG : 40

FC : 76 bpm

Durée P : 84 m

Durée QRS : 78 ms

Durée T : 184 m

z Interval PR : 141 ms

s | Interval QT : 370

Interval QTc : 416 ms

Axe P : 35.4%

Axe QRS : -35°

Axe T : 11.5%

Suggestion :

Total Batts 51, Batts Normaux 51,*** Anomalie ST onde T diffuses, ECG Anormal ECG.

→ A: 14, 5/9

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On