

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## biologie 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.

## 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.

## entaire :

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

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 064382

89560

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8077 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HANAFI BISSAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 210764 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-64382

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ctions 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **iologie 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.

## **ique :**

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.

## **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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 8077 Société : R A M

Actif  Pensionné(e)  Autre : Depart volontaire

Nom & Prénom : HANAFI BTISSAM

Date de naissance : 30.06.1967

Adresse : RUE IBN JAHIR RES DAR SALAH

Tél. : 0661.21.0764 Total des frais engagés : 831,20 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : HANAFI BTISSAM

Age : 54

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pyslipème

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 : caïd

Le : 08/10/21

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
05/10/21	1 N 2		300	
	TECIS		100	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA BRISE 38, Rue Abbes Kazzia Mâarif - Casablanca Tél.: 05 22 99 07 10 Fax: 05 22 99 07 03	05.10. 2021	431,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

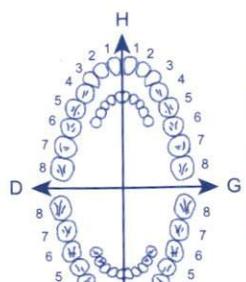
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



### (Création, remont, adjonction)

#### **Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession**

1. *Structural, functional, and developmental organization of the cell*

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

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 à Paris - France



# إختصاصية في أمراض القلب للكلبار والأطفال

بلجيكا -

## طبيبة سابقة بمستشفيات مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le : 05/10/21.

Nom : HANAFI Btissam

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V: 79DH00

6118000250340

Emballage scelle

PPV:49,60 DH  
LOT: 21F22  
EXP: 06/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21F22  
EXP: 06/2024

7900-13  
101 Taborovska  
6118000250340  
Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si le bâton  
PPV: 49,60 DH  
LOT: 21522

49,600<sup>(2)</sup> 2/10 Cure for the <sup>SV</sup> hospital

Mr. 3m

95,00 301 Extra Pack 3000 Cooper Pharma  
PPC: 95,00 DH

15 431,20

43, rue  
Dr Ilhame HJ'AJ  
Cardiologue Adulte et Pédiatrique  
78, Rue de Rome, Ahiga Bd. 2 Mars  
Rés. Carré d'Or - Office 1000  
CPM: 061.71.00.43

79, rue de Rome angle bd 2 mars, re: Cité des 1 - RDC - Casablanca  
Tél: +212 22 21 54 54 / +212 22 22 54 54

Tél. : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.55.55 Urgence : 06.61.71.00.44

**PHARMACIE LA BRISE**  
38, Rue Abou Abbes Al Azfl  
Maârif Casablanca  
05 22 99 07 10  
05 22 99 07 03

PHARM  
38, Rue Abou A  
Maaft Casablanca  
05 22 99 07 10  
05 22 99 07 03

UT. AV.: 10 2 P.P.V  
7'9 00  
LOT N°: 1282911  
**79,00**

UT. AV.: 10 2 P.P.V  
7'9 00  
LOT N°: 1282911  
**79,00**

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 أحجيج بنعمر

اختصاصية في أمراض القلب  
للكبار والأطفال  
خريجة كلية الطب

بلجيقي - بلجيقا

طبيبة سابقة بمستشفيات  
مونبولي وباريس - فرنسا

Casablanca, le :

05/10/21.

Nom : HANAFI Btissam

## 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 transœsophagienne :
- 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

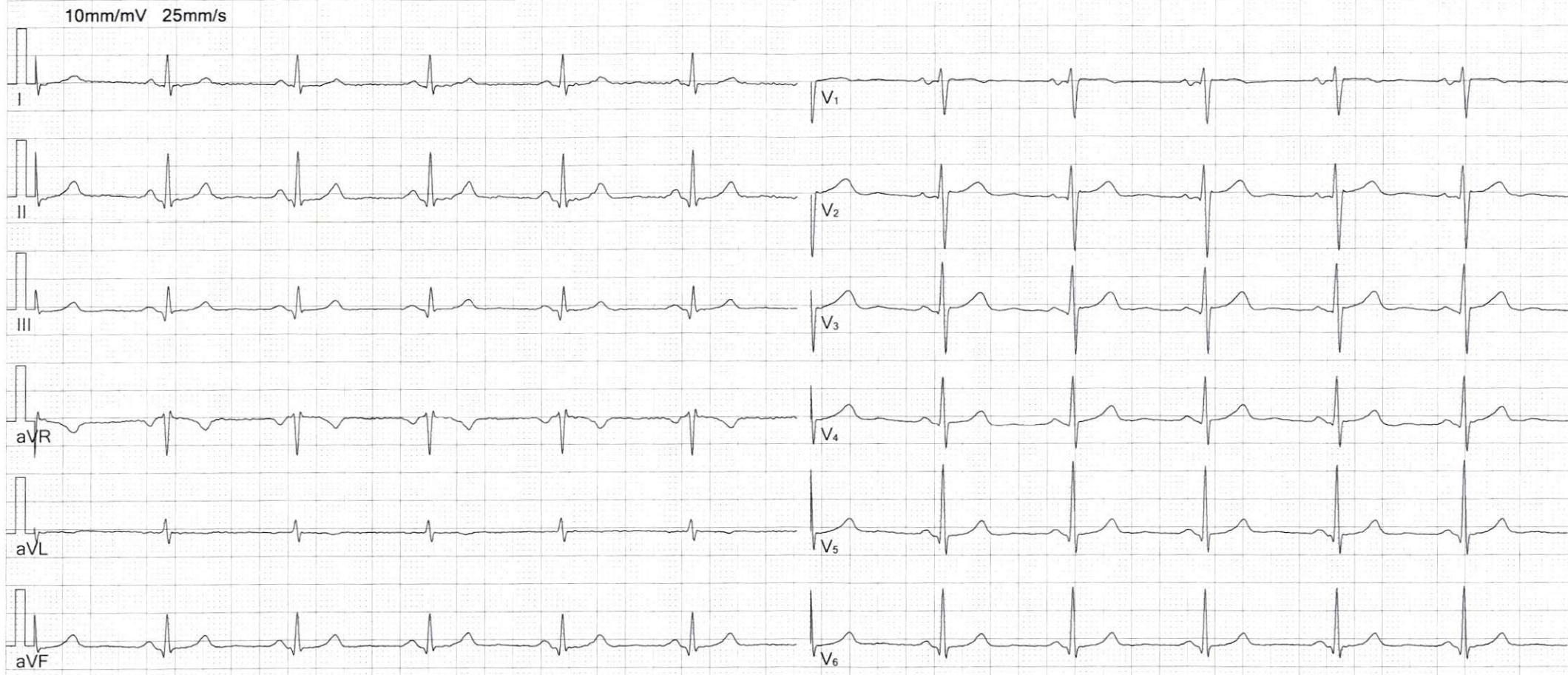
79, Rue de Rome, angle 2 Mars. Casablanca - Tél : 0522815454

NOM:HANAFI Btissam

ID : Genre :Femme Age :54 DDN :30-06-1967 Date Test :05-10-2021 17:19

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

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Interval.PR : 139 ms

Durée ECG : 49 s Interval.QT : 387 ms

FC : 64 bpm Interval.QTc : 399 ms

Durée P : 104 ms Axe P : 67.7°

Durée QRS : 85 ms Axe QRS : 50.6°

Durée T : 272 ms Axe T : 63.2°

Suggestion :

Total Batts 52, Batts Normaux 52,\*\*\* ECG Normal,

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Signature Médecin: