

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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

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° M21- 064382

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8077

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HANAFI

BTISSAM

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 ADHERENT

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 OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Informations 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.

### 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.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040647

☐ 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 SALAM

Tél : 0661210764

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 : Dyslipémie

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 : Casablanca

Le : 05 / 10 / 21

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
09/12	1V2		300	
	ECG		100	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05-10-2021

431,20

# 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

AM

PC

IM

IV

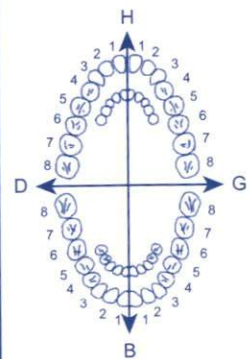
Montant détaillé  
des Honoraires

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS	

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

Cardiologie Adulte

et Pédiatrie

Diplômée de la faculté  
de Médecine de Liège

Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de  
Montpellier - France

الدكتورة إلهام أحجيج بنعمر

إختصاصية في أمراض القلب

لللكبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبيلي و باريس - فرنسا



Casablanca, le : 05/10/21.

Nom : HANAFI Btissam

79,00 x (3)

101 Tahor 10mg

49,60 x (2)

2/1 Cure forte 10mg

95,00

3-1 Extra Plaque

matin - 1 mois

Is 431,20

Dr Ilhame HJIAJ  
Cardiologie Adulte et Pédiatrie  
79, Rue de Rome, Angle Bd. 2 Mars  
Rég. Carré d'Or - Casablanca  
RSM: 061.71.00.44

PHARMACIE LA BRISE  
38, Rue Abou Abbes Al Azzil  
Marrakech - Casablanca  
Tél: 05 22 99 07 10  
Tél: 05 22 99 07 93

79, rue de Rome angle bd 2 mars, rég. Carré d'Or - RDC - Casablanca  
Tél. : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

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

6 118000 250340

Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte est ouverte.

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

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

COOPER PHARMA  
PPC: 95,00 DH

UT. AV.: 1 0 2 P.P.V  
7 9 0 0  
LOT N°: 1 2 8 2 9 1 1

79,00

UT. AV.: 1 0 2 P.P.V  
7 9 0 0  
LOT N°: 1 2 8 2 9 1 1

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 احجيج بنعمر

إختصاصية في أمراض القلب

لللكبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - 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 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

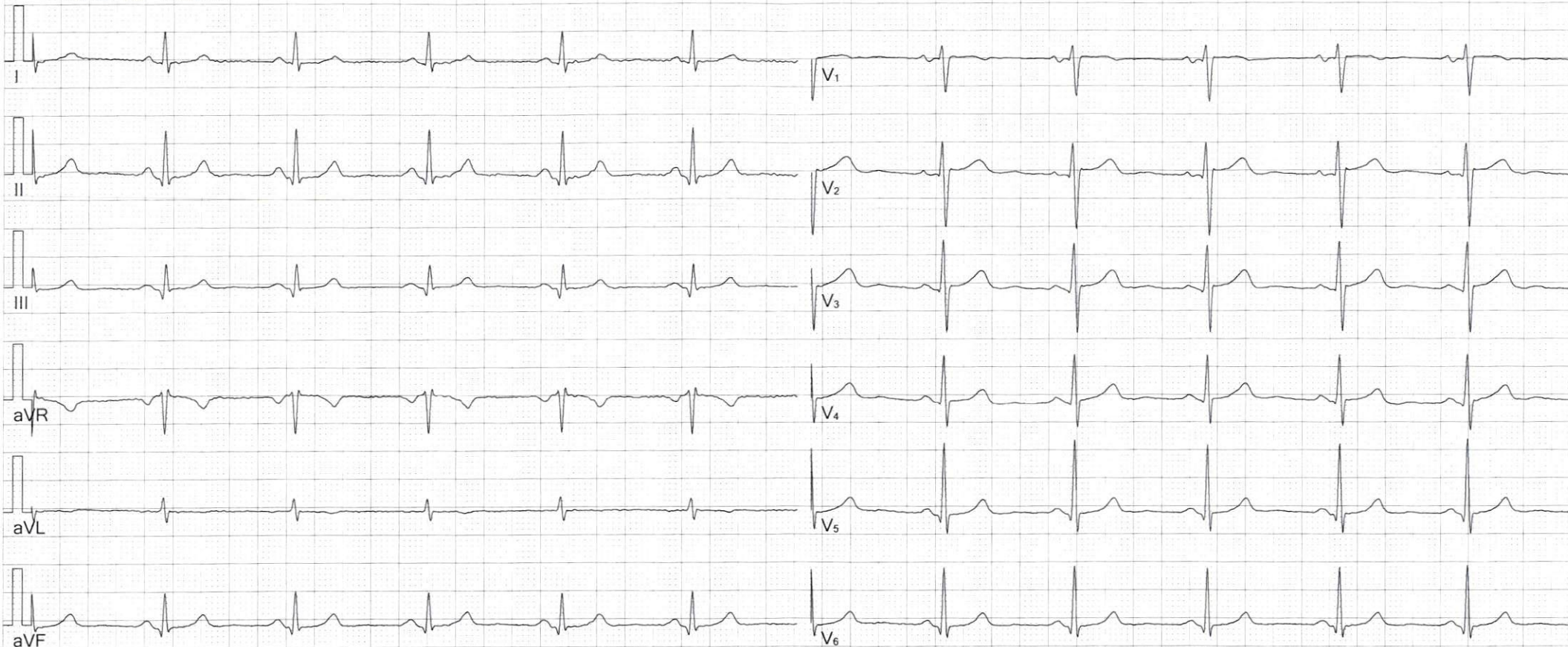
# ECG

NOM: HANAFI Btissam

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

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:

*Dr Ilhame HJIAJ*  
Cabinet de Cardiologie et d'Angiologie  
79, Rue de Rome, angle 2 Mars  
Casablanca - Tél : 0522815454

TA: 12.5/7.5