

# 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° P19- 046564

Maladie  Dentaire  Optique **33199**  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHRAÏBI ABDELMALEK

Date de naissance : 01/06/1953

Adresse : 15, Rue EL Caïd Ahmed Casa

Tél. : 0661253157 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/05/2020

Nom et prénom du malade : CHRAÏBI Abdelmalek Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HDA - Suivi

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 Le : 15/12/20

Signature de l'adhérent(e) : ay



**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
12/05/2008	TECG		100	<i>Dr. Ilham H.A.A.</i> Cariologie, Endodontologie, Pédiatrie 79, Rue de Rome - Ang 10 Bd. 2 Mars Rés. Carré d'Or - Casablanca GSM: 061.71.00.44

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/2008	1186,10

**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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

الدكتورة إلهام احجيج بنعمر

Cardiologie Adulte  
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté  
de Médecine de Liège  
Belgique



إختصاصية في أمراض القلب  
للکبار والأطفال

خريجة كلية الطب  
بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات  
مونبولي و باريس - فرنسا

Ancienne Interne des Hôpitaux de  
Montpellier et Paris - France

Casablanca, le : 12/05/2021

Nom : N° CHRAÏBI Abdelmalek

Handwritten prescriptions and stamps:

- 19/ Cosyrel 98.10x2 / 196.20
- 20/ Anglor 43.00x2 / 86.00
- 30/ Kardegic 75MG 30.70x3 / 92.10
- 40/ Seroplex 240.00x3 / 720.00
- 50/ Lexonmil 45.90x2 / 91.80
- 60/ Zentel 1 fl / seu 2 fl / seu

Medicine boxes and labels:

- COSYREL 5mg/10mg**: 30 comprimés pellicules sécables. PPV: 98,10 DH. Lot: J042. PER: 01/22. PPV: 43DH00.
- KARDEGIC 75MG SACHETS B30**: P.P.V.: 30DH70. Lot: 20E009. PER: 07/2021.
- Seroplex 10mg cp sec b28**: P.P.V.: 240,00 DH. Lot: 184989.
- Lexonmil**: P.P.V.: 45,90 DH. Lot: 141357.
- Zentel**: P.P.V.: 45,90 DH. Lot: 141357.

Pharmacy stamps: "Pharmacie Médicale" and "Pharmacie Centrale".

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zanata Ain sebaa Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V.: 240,00 DH  
6 118001 184989

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 45,90 DH  
6 118001 141357

1186,10  
angle bd 2 mars, res Carré d'Or - RDC Casablanca  
Tél: 05.22.82.54.54 - Urgence: 06.01.71.00.44

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  
للکبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le : 12/05/2020

Nom : CHRAÏBI Abdelmalek

### Note d'honoraires

Le Dr HJIAJ Ilhame vous remercie de votre confiance  
et vous adresse la note d'honoraire de : 30000

(Trois cent mille)

Correspondant à :

Consultation : 200  
 ECG : 100

Echo-doppler cardiaque :

Echo-doppler des TSA :

Holter TA :

Holter ECG :

Epreuve d'effort :

Echocardiographie de stress :

Echographie trans-oesophagienne :

Autres :

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

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

IF : 401071103 - TP : 34450220 - CNSS : 8185523 - INP : 091163063

ICE : 001872067000018

# ECG

Dr HJIAJ Ilhame

- Tél :0522815454 - Fax :0522825454

NOM:CHRAIBI Abdelmalek

ID :

Genre :Homme

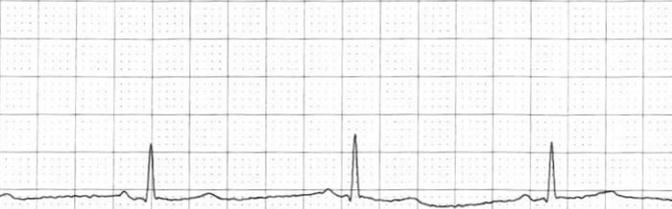
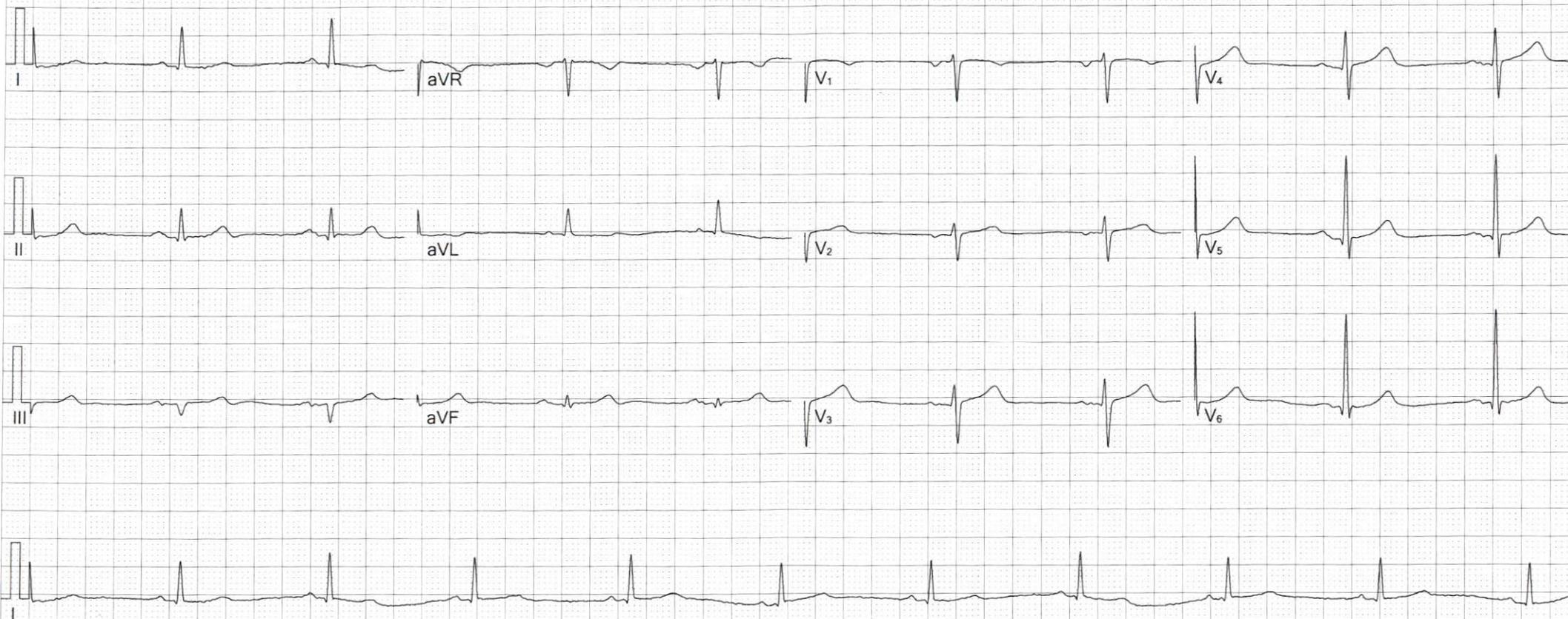
Age :66

DOB :01-06-1953

Date Test:12-05-2020 14:09

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

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Interval.PR :	165 ms
Durée ECG:	41 s	Interval.QT :	430 ms
FC :	58 bpm	Interval.QTc :	422 ms
Durée P :	97 ms	Axe P :	36.2°
Durée QRS :	75 ms	Axe QRS :	6.8°
Durée T :	199 ms	Axe T :	66.4°

Suggestion :  
Total Batts 40, Batts Normaux 40, ECG Normal,

TA 13/9

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On