

# 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

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- 0040161

N° D: 34050

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2473 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KADAN NALKA

Date de naissance : 27/05/1953

Adresse : 127 Bd Lata Yacout 3<sup>e</sup> étage  
nr 4 Casablanca

Tél : 0663355119 Total des frais engagés : 3485,5 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 02/07/2020

Nom et prénom du malade : BOURACHDI Abdelhakim Age: 70

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ACFA

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 : 21/07/2020

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/07/2010      | 1 V2<br>+ ECG     |                       | 300<br>100                      | Dr. Hame Habbous<br>Cardiologue Le Centre Médical<br>19, Rue de Rome, Angle Rd. 2 Mars<br>Ress. Carre d'As Casablanca<br>GSM: 061 77.00.44 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                       | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie des Habbous<br>Bd. Victor Hugo<br>Casablanca<br>Tél: 0522 44 93 38 | 03/07/2010 | 3085.10               |

# 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient         |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---------------------------|--|------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|                           |  |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <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 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 25533412   | 21433552         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | D  | G                |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 35533411   | 11433553         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | B  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     | DATE DU DEVIS           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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  
بليبج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات  
مونبولي وباريس - فرنسا

Casablanca, le : 03/07/2020

Nom : BOURACHOU Abdelouah

1<sup>er</sup> Xarelto 15mg S.V.  
5 x 529.00  
2<sup>er</sup> Nebilet 5mg S.V.  
87.50  
3<sup>er</sup> Iressa 250mg S.V.  
8 x 139.00  
+ 75.00  
3085.50

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban  
14 cps  
P.P.V. : 529,00 DH

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban  
14 cps  
P.P.V. : 529,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban  
14 cps  
P.P.V. : 529,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban  
14 cps  
P.P.V. : 529,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban  
14 cps  
P.P.V. : 529,00 DH  
Bayer S.A.

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
Pharmaceutical Institute  
P.S. 201 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 87 DH 50

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

LOT : M0329  
PER : 07/2021  
PPU : 75,00 DH

LOT : M0329  
PER : 07/2021  
PPU : 139,00 DH



**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 : 08/07/2020

**Nom :** BOURACHDI Abdelhakim

### **Note d'honoraires**

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

Correspondant à :

☒ Consultation : 300  
☒ 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 & Pédiatrique  
19, rue de Rome - Ang. Bd 2 Mars  
Cds. Carré d'Or - Casablanca  
Tél. 05.22.81.54.54 - 05.22.82.54.54

79, rue de Rome Angle bd 2 mars, res Carré d'Or - RDC - Casablanca

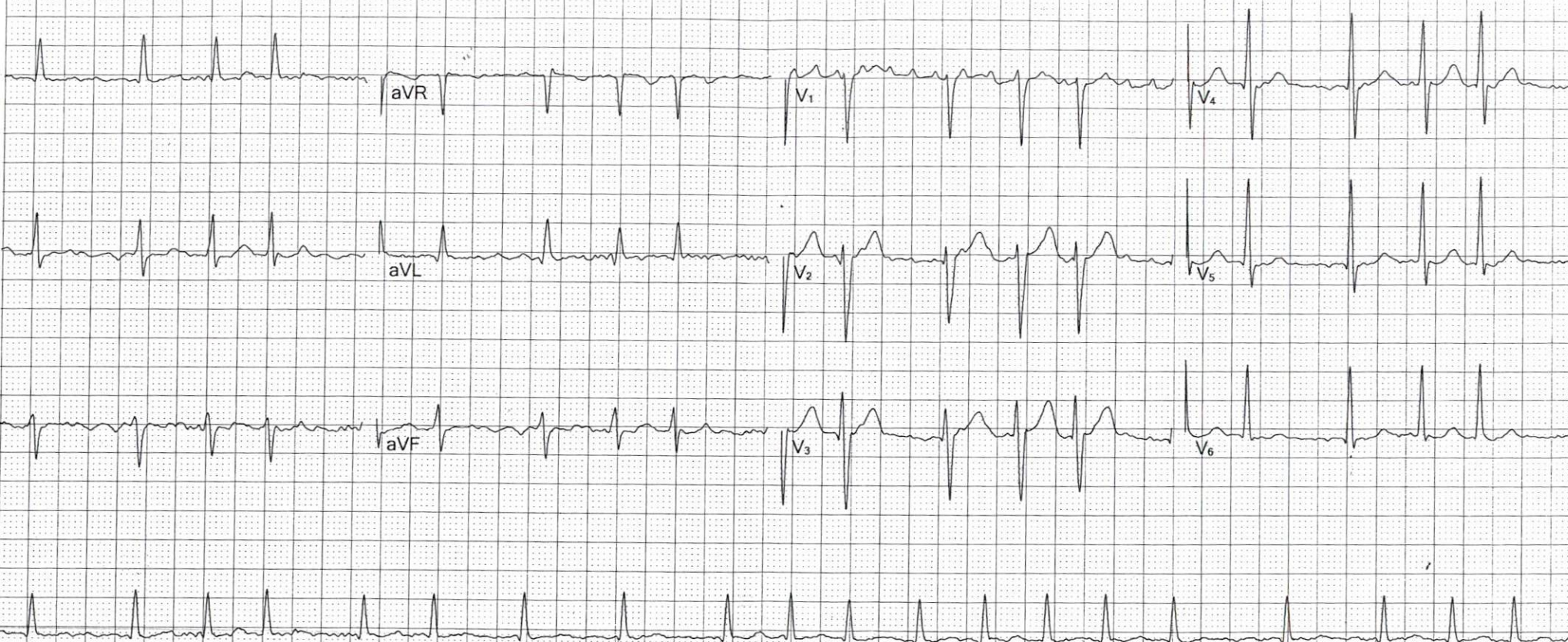
Tél.: 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

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

ICE : 001872067000018



10mm/mV 25mm/s



|                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| Fréquence : 1000 Hz | Interval.PR : 118 ms  |
| Durée ECG: 25 s     | Interval.QT : 344 ms  |
| FC : 118 bpm        | Interval.QTc : 482 ms |
| Durée P : 70 ms     | Axe P : -122.0°       |
| Durée QRS : 87 ms   | Axe QRS : 7.4°        |
| Durée T : 159 ms    | Axe T : 67.6°         |

Suggestion :  
Total Batts 50, Batts Normaux 50. ACFA rapide, Anomalie ST onde T diffuses, ECG Anormal ECG,

Dr Ilhame HJIAJ  
Cardiologue  
79, Rue de Rome, Anglet 64 500  
GSM: 061.71.00.44

Signature Médecin:

TH 12/7.