

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-583849

83367

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	036.11	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BASSIME AHMED			
Date de naissance : 25-11-1962			
Adresse : Résidence AL WAHDA, B ^e MED 5, PERRECHID			
Tél. :	0673717452	Total des frais engagés : 529,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="text-align: center;"> Docteur Ilham TOUHAMI CARDIOLOGUE 44, Rue des hôpitaux 4^e étage N°21 Casablanca - Tél. : 05 22 27 16 27 </div>		
Date de consultation :	13/10/2021	Age :	41 ans
Nom et prénom du malade :	EL HAYANI YAICHA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Palpitations		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements souhaités à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés. 44, Rue des hôpitaux 4^e étage N°21, Casablanca - Tél. : 05 22 27 16 27
 Fait à : PERRECHID
 Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 23/10/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
13.08.2021	C.S. + E.C.S.	1	300.000,00	INFORMATIQUE Docteur Iham TOUJAMI CARDIOLOGUE Rue des habitants, 1 ^{er} étage N°21 BP 05 22 27 16 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-08-21	229,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

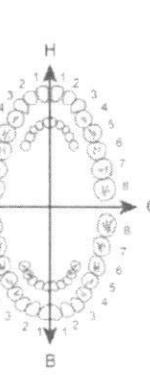
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique: nécessaire à la profession				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

Docteur Ilham TOUHAMI

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Adultes et Enfants

Ancien Interne du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Diplôme d'Échocardiographie - Bordeaux



الدكتورة إلهام التهامي

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

للكبار والأطفال

طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

دبلوم فنون المقلع الصدري - باريس

Casablanca

LOT : 0992109

PER : 02/2025

PPV : 27.00DH

Ordonnance

Casablanca le : ر البيضاء :

Mme EL HAYANY AICHA

COVERSYL 5 mg , Comprimé pelliculé sécable : 1/2 cp 2 fois/j

ALIVIAR 50 mg : 1 cp 2 fois/j

CRESTOR 10 mg , Comprimé pelliculé : 1 cp/j le soir

JUVATONUS Amp : 1 amp/j le matin

BETHASERC 24 mg : 1 cp 2 fois/j

LOT : 0992101

PER : 02/2026

PPV : 27.00DH



Docteur Ilham TOUHAMI



Docteur Ilham TOUHAMI
CARDIOLOGUE
44, Rue des hôpitaux, étage N°21
Casablanca - Tel. : 05 22 27 16 27



Durée du traitement : مدة العلاج :

Prochain Rendez-Vous : الموعد المقبل :

44, Rue des hôpitaux, 4^{eme} étage, N°21, Casablanca 21. الدار البيضاء ، زنقة المستشفيات، الطابق الرابع، رقم

الهاتف : Tél. : 05 22 27 16 27

الموحمول : GSM : 06 13 18 72 77

E-mail : ilham.touhami1@gmail.com البريد الإلكتروني :