

## 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.

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-583849

83367

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03611

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BASSIME AHMED

Date de naissance : 25-11-1962

Adresse : Résidence ALWAHDA, B° Med 5, BERRICHI

Tél. : 063717452

Total des frais engagés : 529,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Iham TOUHAMI  
CARDIOLOGUE  
44, Rue des hôpitaux 4<sup>ème</sup> étage N°21  
Casablanca - Tél. : 05 22 27 16 27

Date de consultation : 13/10/2021

Nom et prénom du malade : EL HAYANI AICHA

Age : 4/20

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA / Palpitations

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 : BERRICHI

Le : 23/10/2021

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
13-08-21	E.S. + E.C.G.		± 300.000	INP: 019722989 Docteur Itham TOUHAMI CARDIOLOGUE 44, Rue des hôpitaux - 4 <sup>e</sup> étage N°21 Casablanca - Tél : 05 22 27 16 27

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-08-21	229,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

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 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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'Echocardiographie - Bordeaux



## الدكتورة إلهام التهامي

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

لللكبار و الأطفال

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

دبلوم في علم القلب - Bordeaux

Casablanca

### Ordonnance

Casablanca le : ..... : 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: 09921009  
PER: 02/2025  
TPV: 27.00DH

LOT: 09921009  
PER: 02/2025  
TPV: 27.00DH



Docteur Ilham TOUHAMI



**Docteur Ilham TOUHAMI**  
**CARDIOLOGUE**  
44, Rue des hôpitaux 4<sup>ème</sup> étage N°21  
Casablanca - Tél. : 05 22 27 16 27



Durée du traitement : ..... : مدة العلاج

Prochain Rendez-Vous : ..... : الموعد المقبل

44, Rue des hôpitaux, 4<sup>ème</sup> étage, N°21, Casablanca

44, زنقة المستشفيات، الطابق الرابع، رقم 21، الدار البيضاء

Tél. : 05 22 27 16 27 : الهاتف

GSM : 06 13 18 72 77 : المحمول

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