

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº M21- 0037072

89756

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1325 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TAADANE Mohammed

Date de naissance :

14/10/31/1950

Adresse :

24, Rue Al Fostank oujda

Tél. :

06 63 60 90 04

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Ilham TOUHAMI
CARDIOLOGUE
4, Rue des hôpitaux 4^e étage N°27
Casablanca - Tél. : 05 22 27 18 27

Date de consultation :

01/10/2021

Nom et prénom du malade :

JETTE FATIMA cp JAADANE Age: 74

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : 29/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
01.10	10021		Contrôle G	<p>Docteur Hédi TOURAMI CARDIOLOGUE 41, Rue des Hospitaliers 4^e étage N°21 Paris - Tél : 05 22 27 16 22</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE PARC D'AMOUR N°13 d. Yaâlouh El Hassan Tél. 0536 50 00 00</i>	01/10/2021	1169,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

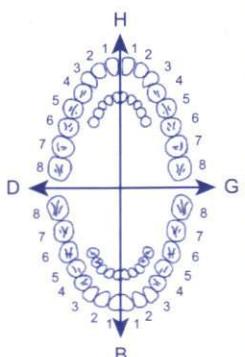
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



(Création, remont, adjonction)

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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

أخصائة في أمراض القلب و الشرايين

للكبار والأطفال

طبية داخلية سابقًا بالمركز الاستشفائي الجا

طبية داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Ordonnance

Ordonnance

CO-ICARD 300/12.5 : 1 cp/j le matin

CRESTOR 5 mg , Comprimé pelliculé : 1 cp/j le soir

MAGMINE 300 Mg Comprimé : 1 cp/j le soir

D-CURE, AMPOULE BUVABLE 25000 UI : 1 amp / mois pendant 4 mois

563°

TTT de 3 mois

6 1/0

Docteur Ilham TOUHAMI

**Docteur Ilham TOUHAMI
CARDIOLOGUE**
44, Rue des hôpitaux - 3^e étage N° 21
Casablanca - Tel. 35 22 27 16 27

Durée du traitement : **مدة العلاج :**

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

الهاتف : 05 22 27 16 27

المحموٰل : 06 13 18 72 77

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

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 083061

756.668.10.19

LOT : 210478
EXP : 03/2024
PPV : 158,00DH

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 083061

LOT : 210478
EXP : 03/2024
PPV : 158,00DH

CO-ICARD® 300mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 083061

LOT : 210783
EXP : 05/2024
PPV : 158,00DH

PPV : 56,30 DH
LOT : 210478
EXP : 08/2023

4 ampoules buvables

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

6 118001 320080
D-CURE® AMPOULE

D-CURE® AMPOULE

Magmine

Magnésium 300 mg + Vitamine B6

Sans sucre

Sans sel



30 Comprimés à avaler

LABORATOIRES
JUVA SANTE

MB777 0124

LOT

PER

Prix

99.00

Magmine

Magnésium 300 mg + Vitamine B6

Sans sucre

Sans sel



30 Comprimés à avaler

LABORATOIRES
JUVA SANTE

MB777 0124

LOT

PER

Prix

99.00

Magmine

Magnésium 300 mg + Vitamine B6

Sans sucre

Sans sel



30 Comprimés à avaler

LABORATOIRES
JUVA SANTE

MB777 0124

LOT

PER

Prix

99.00