

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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-424773

199039

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6713 Société : 2AM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HASSOUARDA FATIHA

Date de naissance : 28/04/1960

Adresse :

Tél. : 0661416998 Total des frais engagés : 300 + 41.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LIAMANI SAÛD
CARDIOLOGUE
Bd Abderrahmane Serghini
Rue de Bourgogne Résidence Jawad.
Etage 5 - Mohammedia
Tél : 05 33 22 08 25

Date de consultation : 27/02/2024

Nom et prénom du malade : HASSOUARDA FATIHA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Palpitations, bruxisme

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 : Hassania Le : 27/02/2024

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/02/24 | 6 | 1 | 30.0 DV | INP : 091094363 Dentiste J. MANI Bd Abdelmalek Serghini Rue de Bourgogne Résidence Jawad Etage 5 - Mohammédia Tél : 05 23 30 12 26 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| HARMACIE DES ANALYPTUS 242. Lot Wafa Mohammedia Tél : 05 23 30 12 26 INPE : 0 9 2 0 2 7 7 0 5 | 27/02/24 | 111.80 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

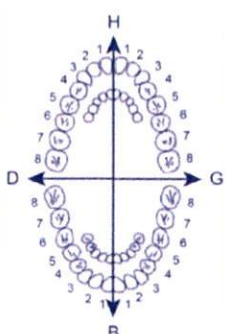
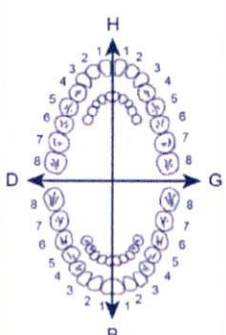
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> | | | H | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | |
| H | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

Docteur Saïd LIAMANI

Diplôme de spécialité en cardiologie
de la Faculté de Médecine de Toulouse
(FRANCE)

Diplôme spécial en Echodoppler
Cardiaque Adultes et nouveaux-nés
de la Faculté de Médecine de Bordeaux II
Echodoppler des Vaisseaux (Varices - Artères)

Epreuve d'effort - Holter Tensionnel
Holter Rythmique

Tél : 05 23 32 68 23 - Fax : 05 23 32 68 30

E-mail : dr_liamani@yahoo.fr



الدكتور سعيد اليمان

حائز على دبلوم التخصص في
أمراض القلب والأوعية الدموية
من جامعة تولوز بفرنسا
دبلوم خاص للفحص بالصدى
للقلب والكبد

من جامعة بورجو بفرنسا
استكشاف مرض الضغط الدموي

الهاتف : 05 23 32 68 23

05 23 32 68 30 :

البريد الإلكتروني : dr_liamani@yahoo.fr

Mohammedia, le

27/02/2024

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V : 41DH80
11800001010227

u.l.80

(1)

SV

HASOUAR DA FOLIO

Aslocardyl 40mg cp

1 le matin après
4 x 3 ms

(2)

ORGAMAP

1 le soir 20H

x 2 ms

PHARMACIE DES EUCALYPTUS
212, Lot Wafa Mohammedia
Tél : 05 23 30 12 26
N° 18 02 0 2 1 7 0 5

Docteur LIAMANI Saïd
CARDIOLOGUE
Bd Abderrahmane Serghini
Rue de Bourgogne Résidence Jawad
Etag 5 - Mohammedia
Tél : 05 23 32 68 23

العنوان : شارع عبدالرحمان السريغيني ، زنقة بورجون ، إقامة جواد ، الطابق الأول رقم 3 - المحمدية
Adresse : Bd Abderrahmane Serghini, Rue de Bourgogne, Résidence Jawad, 1er Etage, N°3 - Mohammedia
Urgences : 06 61 14 00 87 : - المستعجلات : 05 23 32 68 30 : - الفاكس : Tél : 05 23 32 68 23 : - الهاتف :
E-mail : dr_liamani@yahoo.fr