

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.

N° W19-424773

199039

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6713 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAJOUARDA FATIHA

Date de naissance : 28/04/1960

Adresse :

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

Cadre réservé au Médecin

Docteur LIAMANI Salim
CARDIOLOGUE
Bd Abderrahmane Serghini
Rue de Bourgogne Résidence Jawad.
Etage 5 - Mohammedia
Tél : 05 22 22 88 23

Date de consultation : 27/02/2024

Nom et prénom du malade : HAJOUARDA FATIHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Palpitations, Bradycardie

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 : Mohammedia

Signature de l'adhérent(e) : GFX

Le : 27/02/2024

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
27.12.2023	65	1	30.000.DH	INP : 0191094363 Dr. Jean L. MANI Daho C.A.P. 30.000DH Bd Albermarle Sergihini Rue de Bourgogne Résidence Jawad Ecole 5 - Habous media Tel. 06 62 22 73

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DES ELYSIUS 242. Lot Wafa Mohammedia Tél. 05 23 30 12 26 INPE : 0 9 2 0 2 7 1 0	22.1.08.10.61. 5.	Lai. 80.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

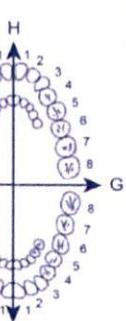
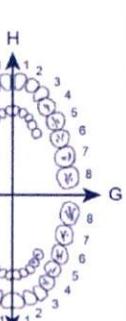
AUXILIAIRES MEDICAUX

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"/>
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
ODOF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $ <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

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 اليماني
حاصل على دبلوم التخصص في
أمراض القلب و متلازمة
من جامعة تولوز بفرنسا
دبلوم خاص للفحص بالصدى
للكبار والرضع
من جامعة بوردو بفرنسا
استكشاف مرض الضغط الدموي
الهاتف : 05 23 32 68 23
05 23 32 68 30 :
البريد الإلكتروني : dr_liamani@yahoo.fr

PER : 03/2026
Lot : AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V : 41DH80

6 118000 010227

41.80

① SV

PHARMACIE DES EUCALYPTUS
212, Lot Wafa Mohammedia
1, 05 23 30 12 26
NPR : 0 9 2 5 2 7 7 0 5

Mohammedia, le 27/02/2024

HAJOUAR DA Fathia

Aslocaudyl 40mg q
1 le matin (aperçus) $\times 3$ mois

② ORGAMAG
1 le matin 20H
 $\times 2$ mois

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

العنوان : شارع عبدالرحمن السرغيني ، زنقة بورگون ، 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 : 05 23 32 68 23
الهاتف : 05 23 32 68 23 - E-mail : dr_liamani@yahoo.fr