

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° W19-424809

ND: 95588.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6713	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAJOVARDA FATHIHA			
Date de naissance : 28/04/1960			
Adresse :			
Tél. : 0661416998		Total des frais engagés : 300,- + 77,80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Docteur LIAMAR BEN SAÏD CARDIOLOGUE Bd Abderrahmane Serghini Rue de Bourgogne Résidence Jawad 1 Etage 5 - Mohammedia Tél : 05 23 32 68 23 </div>			
Date de consultation : 19 NOV 2021			
Nom et prénom du malade : HAJOVARDA FATHIHA Age : 61 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Palpitation			
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 le 19/11/21
Signature de l'adhérent(e) : 19/11/21



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
19/10/2021	5	4	3000DH	INP : 10111014763 Docteur LIAMARI Soud CARDIOLOGUE Bd Abderrahmane Serghini Rue de Bourgogne Résidence Jawad 1 Etage 5 - Mohammedia Tél : 05 23 32 08 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AVENUE S.A.R.L. Angle Boulevard Mohammed V Boulevard Mohammed V Rue Rif - Mohammed V 95 23 32 05 02	19/11/84	77.80

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

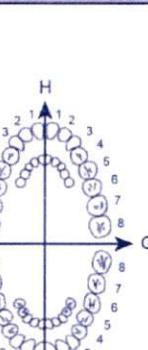
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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"/>													
				Début d'exécution <input type="text"/>													
				Fin d'exécution <input type="text"/>													
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	G																
				Montants des soins <input type="text"/>													
				Date du devis <input type="text"/>													
				Date de l'exécution <input type="text"/>													

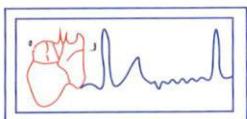
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Said 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
Tel : 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 والشرايين
من جامعة تولوز فرنسا
دبلوم خاص للفحص بالصدى
للكبار والرضع
من جامعة بودو فرنسا
استكشاف مرض الضغط الدموي

الهاتف: 05 23 32 68 23
الفاكس: 05 23 32 68 30

البريد الإلكتروني: dr_liamani@yahoo.fr

Mohammedia Le : 19 NOV. 2021

Dr: WAJWARDA Fahima

77,80

1. Cardensiel 1.25 mg

1x / j' prends
Dr Abderrahmane Serghini
Résidence Jawad 1
Boulevard Bourgogne
Mohammedia
Etage 5 - Tel: 05 23 32 68 23

(S)

a 3h a Jours

2/ Urgences :

18 15 j' ai

LA PHARMACIE DE L'AVENUE
SARL
Angle Boulevard Bourgogne
et Rue Rifi - Mohammedia
Tél : 05 23 32 05 02

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

7862 16227

Dr. LIAMANI Said
CARDIOLOGUE
Dr Abderrahmane Serghini
Résidence Jawad 1
Boulevard Bourgogne
Mohammedia
Etage 5 - Tel: 05 23 32 68 23

العنوان : شارع عبد الرحمن السغريني ، زنقة بورگون ، إقامة جواد ، الطابق الأول رقم 3 - المحمدية
Adresse: Bd. Abderrahmane Serghini, Rue de Bourgogne, Résidence Jawad, 1er Etage, N°3 - Mohammedia
الهاتف : 05 23 32 68 23 - Fax : 05 23 32 68 30 - الفاكس : 06 61 14 00 87 - المستجدات : Tel : 05 23 32 68 23
E-mail: dr_liamani@yahoo.fr

عيادة تشخيص و استكشاف أمراض القلب و الشرايين
CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATION
CARDIO-VASCULAIRE

Docteur Saïd LIAMANI

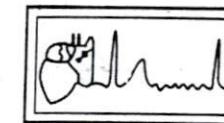
Diplôme de spécialité en cardiologie
de la Faculté de Médecine de Toulouse
(FRANCE)

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 الشرايين

من جامعة تولوز بفرنسا
دبلوم خاص للفحص بالصدى

للكبار و الرضع
من جامعة بوردو بفرنسا

الكشف عن مرض الضغط الدموي
الهاتف : 05 23 32 68 23

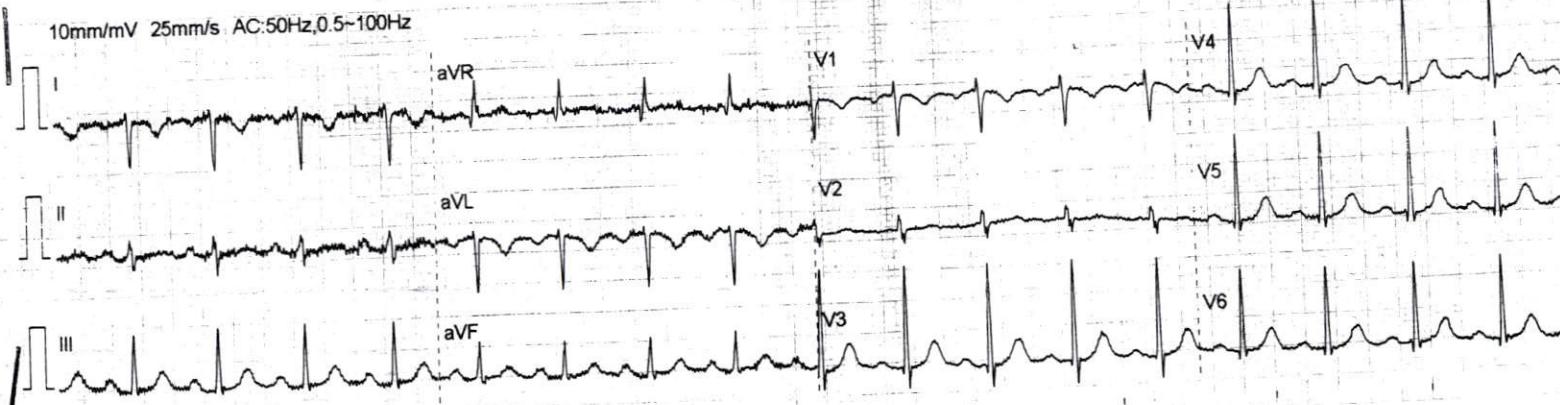
الفاكس : 05 23 32 68 30
البريد الإلكتروني : dr_liamani@yahoo.fr

الخطيط القلبي
ELECTRO CARDIOGRAMME

Nom : HAJOUARDA
Prénom: FATIHA

Date : 19 NOV 2021

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 - Fax : 05 23 32 68 30 - المستعجلات : 05 23 32 68 23
الهاتف : 05 23 32 68 30 - الفاكس : 05 23 32 68 30
E-mail : dr_liamani@yahoo.fr



Nom: 211119006
Numéro ID: 211119006
N° sous-ID:
Sexe:
Âge:

Fréquence cardiaque: 107 bpm
Durée QRS: 66 ms
Axes P/QRS/T: 109/132/12B
Tension RV5+SV1: 2.05 mV [Co 22]

Le docteur doit confirmer le rapport:
Vérifier l'heure: 2021/11/19,22:25:54
Imprimer l'heure: 2021/11/19,22:25:55

ID: 211119006 Imprimer l'heure: 2021/11/19,22:25:43 Biocare iE 3 V1.00.0051/CardiProt.20