

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 canaux, 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 canaux.

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 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° W19-424851

61280

☒ 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. : 06 61 41 69 98 Total des frais engagés : 300 + 204,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur LIAMANT SAID
CARDIOLOGUE
Rue Bourgoinge, R.C. JAWAD N°5
Tél : 05 23 32 68 23
MUPRAS

Date de consultation : 13 JAN 2021

Nom et prénom du malade : HAJOUARDA FATIHA Age :

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

Nature de la maladie : Pneumopathie Asthme

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 : Meknes Le : 13/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : Fatiha

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
12 JAN 2011	S	1	30.204	INP : 0981094863

Docteur LIAMANI SAD
CAPITO CODE
Boulevard FCG JAWAD N°5
23 32 68 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE MERZOUJA EP. Ben Omer
Docteur en Pharmacie
1441st Wars. Mohammedi
13/1/21 204,50

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

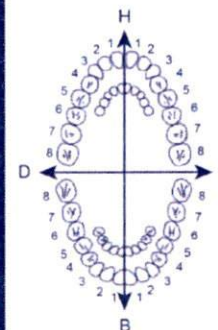
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

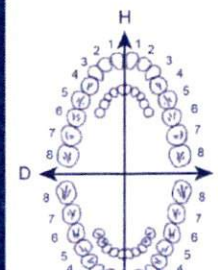
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS



Docteur Saïd LIAMANI

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

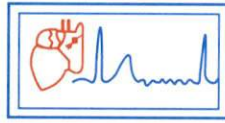
Diplôme spécial en Echodoppler
Cardiaque Adultes et nouveaux-nés
de la Faculté de Médecine de Bordeaux II
Echodoppler des Vaisseaux (Varices - Artères)

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

حائز على دبلوم التخصص في

أمراض القلب و الشرايين

من جامعة تولوز بفرنسا

دبلوم خاص للفحص بالصدى

للکبار و الرضع

من جامعة بوردو بفرنسا

استكشاف مرض الضغط الدموي

الهاتف : 05 23 32 68 23

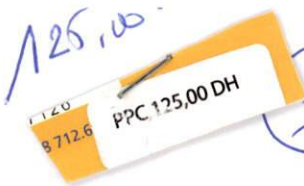
الفاكس : 05 23 32 68 30

البريد الالكتروني : dr_liamani@yahoo.fr

13 JAN. 2021

Mohammedia, le

7th HAJOUARD A Fatma



Isos au forme

à le mater

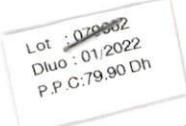
apuyas

79,90

(3)

31 vit

10 gultle malm



204,90

Docteur LIAMANI SAÏD
CARDIOLOGUE

Rue Bourgogne - Résidence Jawad N°5

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