

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº W19-506793

84066

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 236 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Aboussaud Benfissa

Date de naissance :

18/16/40

Adresse :

145 Monilia plage Mohammedia

Tél. :

06/61329176

Total des frais engagés :

1516,3

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur LIAMANI SAID
CARDIOLOGUE
Rue Bourgogne, Rce JAWAD, N°5
Tél 05 23 32 68 23

Date de consultation :

1 SEP 2021

Nom et prénom du malade :

ABOUSSAUD BENFISSA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HITA

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 : 1 SEP 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Bentissa



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
1 SEP 2021	S	1	200	INP : 109101944763 Docteur LIAMANI SAID CARDIOLOGUE Hôpital R. JAWAD N°5

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TEL : 05 23 32 47 80	01-09-21	442,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHAM Abdennacer de La Resistance 05 23 32 77 12 57 / au	01/07/24	250000	113,90

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

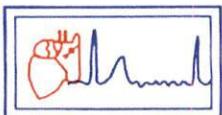
Important :

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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B I			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>					
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>					
DATE DU DEVIS <input type="text"/>					
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>					

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

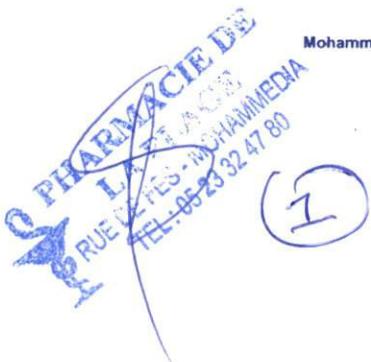


الدكتور سعيد لياماني

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

Mohammedia, le

01 SEP. 2021



(1)

Mr. BENTITA NOUFISSA

A PROVEL 150 (N°3)

1 le matin au réveil

Oui

1 card 150 mg (N°3)

et le matin

Cardio aspirin 100 (N°3)

1 fois par jour.

(2)

ORAGAM 20

1 le matin

à 20h

x 2 fois

Docteur LIAMANI SAID
CARDIOLOGUE

Rue Bourgogne, Rce JAWAD N°5
Tél 05 23 32 68 23



Acide acétyl salicylique
Acide acétyl salicylique
Acide acétyl salicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280 6 118001 090280

العنوان : شارع عبد الرحيم السرغيني ، زقة بوركون ، 1ème étage ، 1000 متر من باب زمزم - 3 - المحمدية

Adresse : Bd. Abderrahmane Serghini, Rue de Bourgogne, Résidence Jawad, 1er Etage, N°3 - Mohammedia

Urgences : 06 61 14 23 32 68 30 -Fax : 05 23 32 68 30 - الفاكس : 05 23 32 68 30 - تلفون :

E-mail : dr_liamani@yahoo.fr

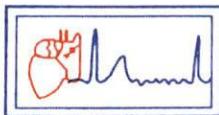
LOT : 210267
UT AV : 02/2024
PPV : 120,00DH

LOT : 210566
EXP : 03/2024
PPV : 120,00DH

LOT : 210471
EXP : 03/2024
PPV : 120,00DH

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 والشرايين
من جامعة تولوز بفرنسا
دبلوم خاص للفحص بالصدى
للكبار والرضع
من جامعة بوردو بفرنسا
استكشاف مرض الضغط الدموي
الهاتف : 05 23 32 68 23
الفاكس : 05 23 32 68 30
dr_liamani@yahoo.fr البريد الإلكتروني :

Mohammedia, le

01/9/2021

م. BENTITA Monfissa

CT. HOC - MOC - PR

NFS

Glycémie à Jeun

Glycémie à Jeun

Urie, Creatinine

Acide Urique

Transaminase

TGT

VS

Docteur LIAMANI SAID
CARDIOLOGUE
Rue Bourgogne, Rce JAWAD, N°5

الهاتف : 05 23 32 68 23

Adresse : Bd. Abderrahmane Serghini, Rue de Bourgogne, Résidence Jawad, 1er Etage, N°3 - Mohammedia

Urgences : 06 61 14 00 87 - المستجدلات : 05 23 32 68 30 - Tél : 05 23 32 68 23 - الفاكس : 05 23 32 68 30

E-mail : dr_liamani@yahoo.fr

LABORATOIRE ASSOUNNAH D'ANALYSES MEDICALES

Dr. CHAMI ABDENNACER -Pharmacien Biogiste

93 DERB EL FATH BD DE LA RESISTANCE EL ALIA MOHAMMEDIA

Tél. : 05 23 32 12 57 Fax:05 23 32 77 13

Pat.: 39309121

I.F.:

54885930

ICE: 001666888000084

001666888000084

Facture 177786

MOHAMMEDIA Le : 01/09/2021

Analyses effectuées le: 01/09/2021

Pour.....: **Mme BENTITA NOUFISSA**

Sur prescription du :Dr LIAMANI SAID

Code.....: 1AX3770



Organisme.....:

Bilan:

NFS=B80 VS=B30 CHT=B30 HDL=B50
LDL=B50 TRI=B60 GLY=B30 UREE=B30
CRE=B30 AU=B30 TGO=B50 TGP=B50
GGT=B50

Total : B 570

Montant Net : 773.80 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENT SOIXANTE TREIZE Dhs 80 Cts

LABORATOIRE ASSOUNNAH
D'ANALYSES MEDICALES
93 DERB EL FATH BD DE LA RESISTANCE EL ALIA MOHAMMEDIA
Tél. : 05 23 32 12 57 Fax:05 23 32 77 13
ICE: 001666888000084