

## 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 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



## Déclaration de Maladie

N° 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 : A. Boussaid / Noufissa  
 Date de naissance : 18/16/40  
 Adresse : 45 Monika plage Mohammedia  
 Tél. : 06/61329176 Total des frais engagés : 1516,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 01 SEP 2021

Nom et prénom du malade : A. Boussaid / Noufissa Age : 48

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 01/09/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





### 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
1 SEP 2021	S	1	300	INP : 01916947613 Docteur LIAMANI SAID CARDIOLOGUE Rue Bourgoinge, Rce JAWAD, N°5 Tel : 05 23 32 63 23

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOHAMMEDIA TEL : 05 23 32 47 80	01.09.21	449,50

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE RADIOLOGIQUE MOHAMMEDIA TEL : 05 23 32 77 13	01.09/21	257014	213,90

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01.09.21					

### 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 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"/>																					
				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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 اليماني

حائز على دبلوم التخصص في

أمراض القلب و الشرايين

من جامعة تولوز بفرنسا

دبلوم خاص للفحص بالصدى

لل كبار 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

01 SEP. 2021

Mohammedia, le



Mme BENTITA NOUFISSA  
A PROVEL 150 (N°3)

(1)

1 le matin après  
Ou

120,00 x 3 (2)

1 card 150mg (N°3)  
et le matin

27,70 x 3 (3)

(3)

Cardio aspirine 100 (N°3)  
La nuit

(4) ORAGAM cp (N°2)

1 le soir  
à 20h  
x 2 Jrs

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

total : 442,50



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
p.p.v. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
p.p.v. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
p.p.v. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

العنوان : شارع عبدالرحمان السريغيني ، زنقة بوركون ، إقامة بنو ب ، مستشفى بوركون - 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

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)

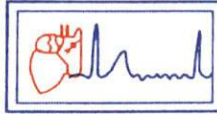
Diplôme spécial en Echodoppler  
Cardiaque Adultes et nouveaux-nés  
de la Faculté de Médecine de Bordeaux II  
Echodoppler des Vaisseaux (Varices - Artères)

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 الليمانى

حائز على دبلوم التخصص في  
أمراض القلب و الشرايين  
من جامعة تولوز بفرنسا  
دبلوم خاص للفحص بالصدى  
للکبار و الرضع

من جامعة بورديو بفرنسا  
استكشاف مرض الضغط الدموي

الهاتف : 05 23 32 68 23

الفاكس : 05 23 32 68 30

البريد الإلكتروني : dr\_liamani@yahoo.fr

Mohammedia, le

01/9/2021

7<sup>h</sup> BENTITA Noufissa

CT. HCL - VCL - TG

NFS

Glycémie à Jeun

Glycémie à Jeun

Uree, Creatinine

Acide Uréique

Transaminases

SGT

VS

Docteur LIAMANI SAÏD  
CARDIOLOGUE  
Rue Bourgogne, Rce JAWAD. N°5

المحمدية 23 32 68 23 : الهاتف  
23 32 68 30 : الفاكس

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

E-mail : dr\_liamani@yahoo.fr

# LABORATOIRE ASSOUNNAH D'ANALYSES MEDICALES

Dr. CHAMI ABDENNACER -Pharmacien Biologiste

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  
Dr. CHAMI ABDENNACER -Pharmacien Biologiste  
93 DERB EL FATH BD DE LA RESISTANCE EL ALIA MOHAMMEDIA  
Tél. : 05 23 32 12 57 Fax:05 23 32 77 13