

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0059615

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7931 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BOUGHALEB ABDELHAED

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 / 7 / 2023

Nom et prénom du malade : BOUGHALEB ABDELHAED Age : .....

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

Nature de la maladie : Hypertension, Diabète

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : Casablanca Le : 11 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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




# 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
21/11/23	G	1	17000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/23	27410

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/07/23	B250	36000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

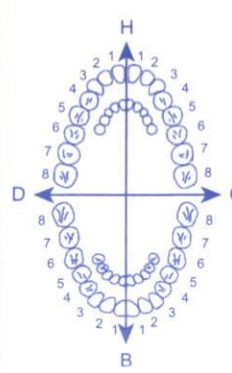
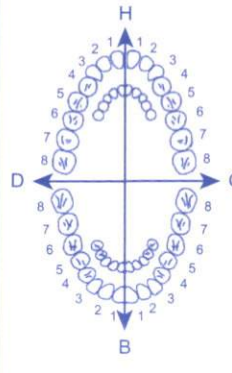
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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															
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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																	
			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 BADSSI Fouâd

Diplôme d'Echographie de la Faculté  
de Médecine de Montpellier ( France)

Diplôme en diabétologie

Nutrition de la Faculté  
de Bordeaux- France

# الدكتور البادسي فؤاد

حاصل على دبلوم الفحص بالأصوات  
من جامعة مونتبلي (فرنسا)

دبلوم المرض السكري

والحمية من جامعة

بور دو - فرنسا

Casablanca, le

21/7/2023

Romanez MABELIATSY

6780

Dynalms



2x2v



79.10

1 anab

py

126.80

20 dok x

224.45

20 left

224.45

18 36 mar

LOT: 22E002  
PER: 05/2025

TANAKAN AGROFARM  
SOL BUV FL 30 ML

P.P.V: 67DH80



LOT: 230050  
PER: 01/2026  
PPC: 79.50DH

**Zoloft** 50 mg   
3 GELULES



P.P.V

125 80

*Alb/80*



# ORDONNANCE

....., Le : 21/12/21

Nom : .....

Age : .....

Nr Bon Goutier Abdelhakem

TS11



**Gachet**  
Diabetologie - Echographie  
DR. BADISSI Fouad  
R896 - Casablanca  
Dnss El Hant - Cité Diamas  
Tél: 05 22 29 19 17  
Fax: 05 22 29 19 17  
ICB: 001913340000017

Date de prochaine visite:

.....

**LIAB**

المختبر الدولي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 24-07-2023

## FACTURE N° 000293007

**Nom, Prénom du patient :** Mr ABDELHAFID BOUGHALEB

**Date de l'examen :** 24-07-2023

**Type d'examen :** Examen biologique

**Demande N° :** 2307240056

**Médecin demandeur :** Dr fouad badssi

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
PRL	Prélèvement	E25	E
0163	TSH	B250	B

**Total des BHN :** 250

**Montant total en chiffre :** 360DHS.

**Montant Total en lettres :** trois cent soixante dirham .

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction  
conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.



Angle Boulevard abdelmoumen et Rue Arrachati, Casablanca – Maroc; **Tel :** +212(0)5 22 42 39 60/55; **Fax :** +212(0)5 22 26 22 09 **E-mail :** contact@liab.ma **-site Web :** www.liab.co.ma  
**IF :** 50367069 ; **CNSS :** 2783061 ; **Patente :** 36341724 ; **N°ICE :** 002863495000067 ; **INPE Biologiste :** 097167290 ;  
**INPE laboratoire :** 093060846



# LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

cofrac



EXAMENS  
MEDICAUX

Laboratoire accrédité  
N°B-4189  
Portée disponible sur  
www.cofrac.fr

## COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur : Dr fouad badssi

Spécialité :

Adresse :

Correspondant :

Edition du: 24-07-2023 à 15:34

Dossier N° : 2307240056 -

MR ABDELHAFID BOUGHALEB

Né(e) le : 02-04-1953

Prélevé : externe le 24-07-2023

à 10:10

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	--------------------------	--------------

### HORMONOLOGIE

**TSHus : [\*]**

(Sérum, Plasma EDTA ou Héparine - CMIA - ARCHITECT ABBOTT)

0.91  $\mu$ UI/ml

(0.35-4.94)

0.91 mIU/L

(0.35-4.94)

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [\*]. il est interdit d'utiliser la marque d'accréditation du LIAB sauf reproduction intégrale du compte rendu des résultats.

Demande validée biologiquement par : **Professeur IDRISSE LARBI**



Page 1 sur 1

**Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30-18h30/Samedi et jours fériés :**

**7h30-13h00**

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca - Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; -GSM : 06 61 85 78 48

site web : [www.liab.co.ma](http://www.liab.co.ma) Email: [contact@liab.ma](mailto:contact@liab.ma)

IF : 50367069 ; CNSS : 2783061 ; Patente : 36341724 ; N°ICE : 002863495000067 ; INPE Biologiste : 097167290 ;

**Prélèvement à domicile sur RDV**