

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7931

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUJLAEL ABDELHAFID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 35 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/7/2013

Nom et prénom du malade : Boujelal ABDELHAFID

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

DR BADSSI Fouad

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.

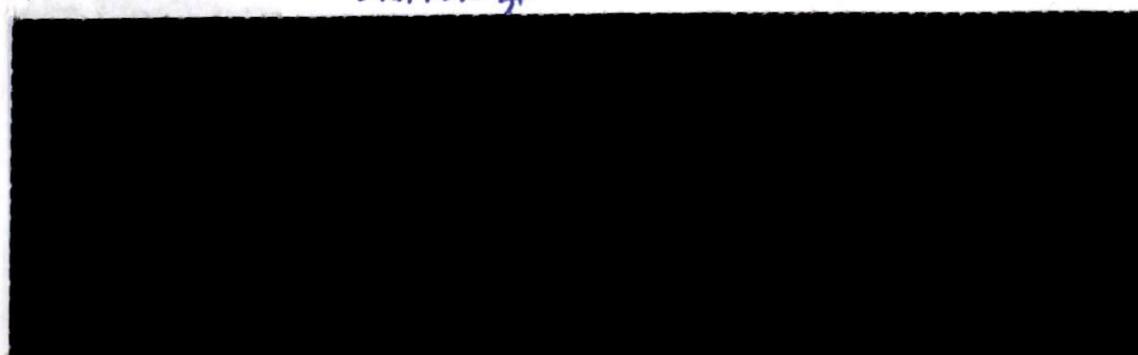
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 11/08/2013

Signature de l'adhérent(e)

Boujelal ABDELHAFID



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
21/11/23	C	1	174.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/23	274.10

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/11/23	B250	360.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000	Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
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 بالأمواج الصوتية
من جامعة مونبولي (فرنسا)

دبلوم المرض السكري
والحمية من جامعة
بوردو - فرنسا

Casablanca, le 12/11/22

From CHARLES MBDLITZKY

6780

Jy natus SIA

SI

1 + 2 ✓



A circular blue ink stamp from the Bibliothèque Nationale de France. The outer ring contains the text 'BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DE FRANCE' and 'PARIS'. The inner circle contains 'LE 10 JUIN 1980'. Above the stamp, the number '2850' is handwritten in blue ink.

I am a b

LOT : 22E002
PER : 05/2025
TANAKAH MEDICAL
SOL BUV FL 30 ML

P.P.V : 67DH80



118000 011552

8 051128 632491

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

Zoloft® 50 mg

30 GELULES



6 118000 250692

P.P.V

125 80

Ab/80

ORDONNANCE

....., Le : 21/11/2023

Nom :

Age :

Mr Ben Ghoul Hassan

TS (1)



ICF: 001913340000017
Tél: 06 22 29 19 17
N° 3996 - Casablanca
Drs El Hach - Cite Drama

Cachet
Diabetologue - Endocrinologue
Dr. Abdessi Fouad

Date de prochaine visite:



L I A B

المختبر الدولي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

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

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

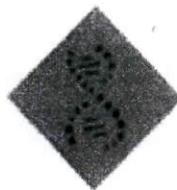
Total des BHN : 250

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.





LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

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 µUI/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 IDRISI 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 Email: contact@liab.ma

IF : 50367069 ; CNSS : 2783061 ; Patente : 36341724 ; NICE : 002863495000067 ; INPE Biologiste : 097167290 ;

Prélèvement à domicile sur RDV