

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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° W21-699973

137185

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 2974			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : MUPRAS	
Nom & Prénom : ABBADI AbdeThai			
Date de naissance : 23-4-1952			
Adresse : 386 Blag 92 Lot Houda RA			
Tél. : 06 62 48 90 96 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

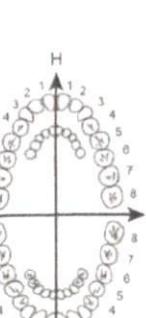
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	VININ'S
Date de consultation :	20/02/2012
Nom et prénom du malade :	ABBADI ABDETHAI
Lien de parenté :	Lui-même
Nature de la maladie :	ble bleu
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, 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 : Fez
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/02/2012

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
<u>26/09/22</u>	<u>C</u>	<u>G</u>		INP : <u>2022-2023</u> 

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22-09-22	\$100	110,00
	143063517		

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"/>																		
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
		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																						

Le :

26/09/98

ORDONNANCE

M. ABBAD
ABDELLAH

Fee-S-V, P

HBA_{1c}

?

Dr. Faïha Boudjoudi
Médecin généraliste
CSU Sounane 22
INP : 141059642

Laboratoire Oued Fès d'Analyses Médicales

Dr. Aziz EL FADELY. Pharmacien Biologiste

- Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie
- Hormonologie - Immunologie - Mycologie
- Parasitologie - Virologie - Toxicologie



مختبر واد فاس للتحاليل الطبية

الدكتور عزيز الفاضلي . صيدلاني إحياني

• علم الأحياء الدقيقة. علم الكيمياء الحيوية. علم الدم

• علم الهرمونات. علم الطفيلييات. علم الفطريات

• علم الفيروسات

Prélèvement du : 27/09/2022 à 08:20

Résultats édités le: 27/09/2022



MR ABBADI ABDELHAI

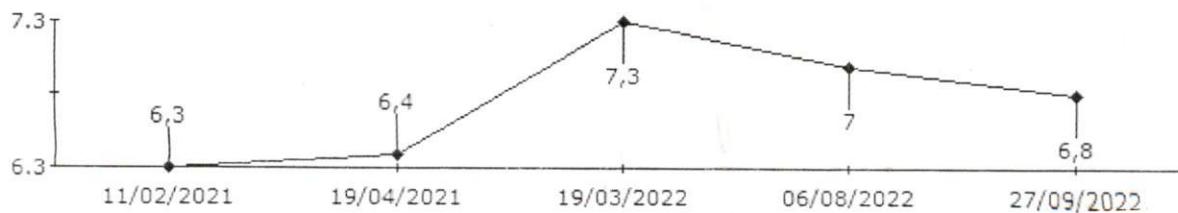
Dossier N° 20G56

Page: 1/1

HEMOGLOBINE GLYQUEE
(HPLC sur Automate TOSOH-GX)

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c.....: 6,80 % (*) 4,00 à 6,50 %
(Chromatographie)

Antécédent du 06/08/22 - 08:29 : 7,00 %



* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

LABO OUED FES

2022/09/27 10:26

TOSOH CORPORATION V01.24

N0: 0004 TB 0001 - 04

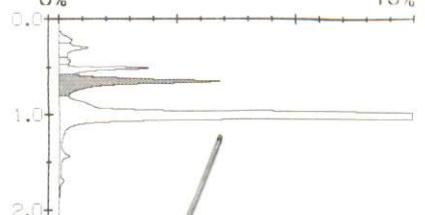
ID: 20220927007

CAL(N) = 1.1961X + 0.4399

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.5	0.23	8.47
A1B	1.0	0.31	18.61
F	0.3	0.44	5.89
LA1C+	2.1	0.53	39.73
SA1C	6.8	0.66	99.66
AO	90.8	1.02	1691.70
		TOTAL AREA	1864.06

HbA1c 6.8%
IFCC 51 mmol/mol

HbA1 8.3% HbF 0.3%
0% 15%



EL FADELY AZIL
Laboratoire d'analyses Médicales
Fès N° 387 Lot Hadika Oued Fès
Tél: 06.28.25.76.08

Adresse : Lot N° 0387, Hadika Oued Fès-I
Tél : 05 35 75 64 95 whatsapp : 06 69 44 73 22 E.mail : labooueures@gmail.com

IF: 27211500 -- INPE: 143063527 -- ICE: 000421486000015 -- Patente: 13802462

FES le: 27/09/2022

FACTURE N° 5187/22

Médecin

Nom du patient **MR ABBADI ABDELHAI**

Examens **- HBA1C**

Cotation **B 100**

Montant **110,00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de: **CENT DIX DIRHAMS**

Dr EL FIDELY ABDI
Spécialiste en Diabète et Métabolisme
Télé: 05 35 75 64 05