

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2974 Société : MUPRAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ABBAD ABDELHAÏ

Date de naissance : 23-04-1952

Adresse : 386 Rue 92 Lot HADIKAS

Tél : 0660489096 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 14 NOV 2022

Nom et prénom du malade : ABBAD ABDELHAÏ

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

Nature de la maladie : Diabète

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/11/2022

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
26/09/92		C	C	INP : [] [] [] [] [] [Signature]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22-09-22	\$100	110,00
	143063527		

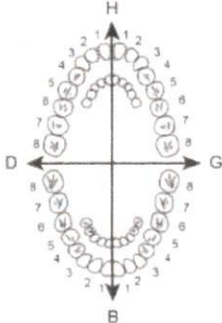
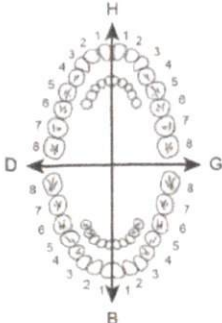
[illegible]

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'O.D.F.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D			B																								
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le: 26/05/22

ORDONNANCE

KABBA
(ABDEH)

Le 5. V. P

HBA C

Dr. Faïza BATOUDI
Médecin généraliste
CSO Soukhouf-TES
INP : 14105964

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



- علم الأحياء الدقيقة - علم الكيمياء الحيوية - علم الدم
- علم الهرمونات - علم الطفيليات - علم الفطريات
- علم الفيروسات

Prélèvement du : 27/09/2022 à 08:20

Résultats édités le: 27/09/2022



MR ABBADI ABDELHAI

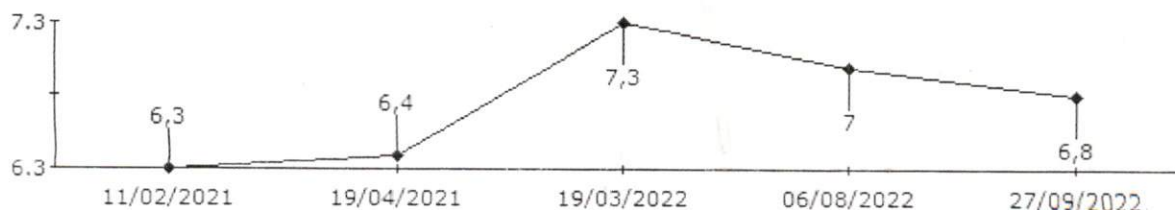
Dossier N° 20G56

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

NO: 0004 TB 0001 - 04

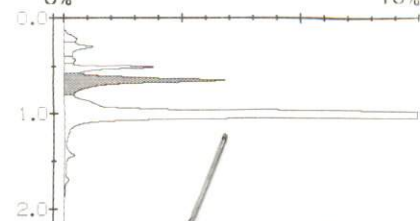
ID: 20220927007

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 AZIZ
Laboratoire d'Analyses Médicales
Fès N° 387 Lot Hadika Oued Fès
Tél: 06.28.28.76.03

Adresse : Lot N° 0387, Hadika Oued Fès-I

Tél : 05 35 75 64 95 whatsapp : 06 69 44 73 22 E.mail : laboouedres@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 FADLY A. EL
N° 143063527
Tel : 05 33 75 64 95
Fès