

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-774273

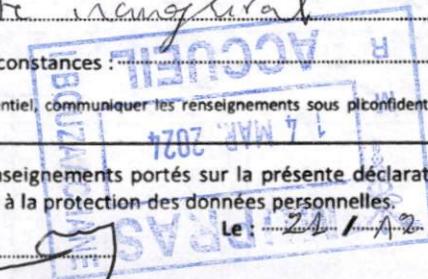
198847

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2974		Société : MUPRAS	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABBADI Abdellah			
Date de naissance : 23-04-1952			
Adresse : 79 Bd. Ibn Tachfin Apt 5. Casab			
Tél. : 0660489096		Total des frais engagés : 30,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	19/01/112/2023
Nom et prénom du malade :	ABBADY Abdellah
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	diabète incipiante
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) : AB

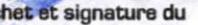


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	① 29/12/23	② 180,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20.12.93		110.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FONCTIONNAIRES 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>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D																							
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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

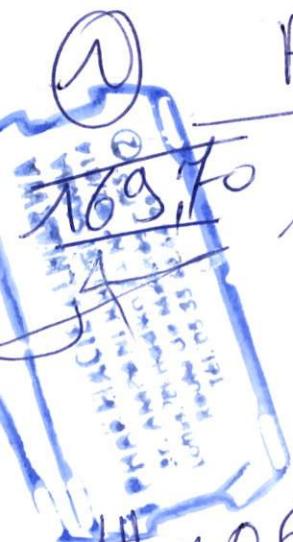
ORDONNANCE

fb le 21/11/93

Mr/Mme ABBAH ABDELLAH

$$43,30 \times 3 = 129,90$$

$$19,90 \times 2 = 39,80$$



~~ADP 1000 mg~~

1/2 - 0 - 1/2

~~11 x 06 ml~~



Cachet du médecin

A blue ink sketch of a signature, which is also a doctor's stamp. It is located below the text "Cachet du médecin".

ORDONNANCE

fs le 19/11/93

Mr/Mme ABBADY ABDELLAH

feie S.V.P

~~HB A~C~~

?



Cachet du médecin



مختبر واد فاس للتحاليل الطبية

LABORATOIRE OUED FÈS D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. Aziz EL FADELY

Pharmacien Biologiste

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



الدكتور عزيز الفاضلي
صيدلاني احيمي

- علم الأحياء الدقيقة • علم الكيمياء الحيوية • علم الدم
- علم الهرمونات • علم الطفيليّات • علم الفطريّات
- علم الفيروسات

Prélèvement du : 20/12/2023 à 09:31

Résultats édités le: 20/12/2023



MR ABBADI ABDELHAI

Dossier N° 20G56

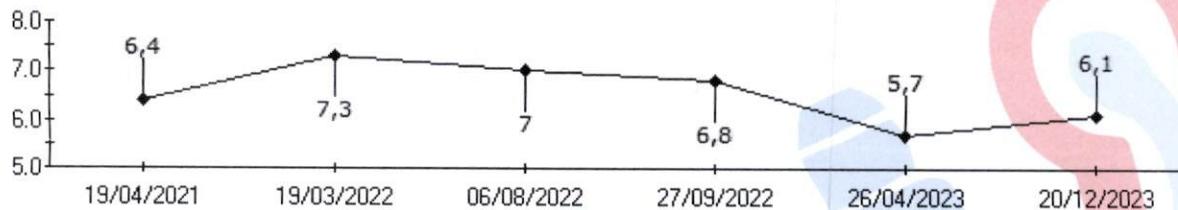
Page: 1/1

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HPLC sur Automate TOSOH-GX)

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c.....: 6,10 % 4,00 à 6,50 %

(Chromatographie)

Antécédent du 26/04/23 - 09:34 : 5,70 %



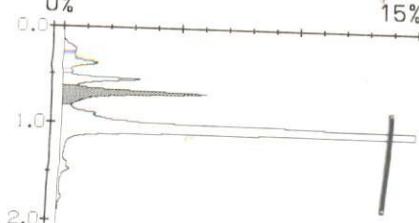
Demande validée biologiquement par: Dr FADILI Aziz

Total de 1
ES 23/12/20 11:07
RATION V01.24
0002 - 08
0023
GL YCOHE I. 2067X + 0.1265
*

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.4	0.25	7.44
A1B	1.2	0.34	21.43
F	0.3	0.47	5.88
LA1C+	2.1	0.56	36.21
SA1C	6.1	0.69	86.66
AO	91.0	1.05	1591.14
		TOTAL AREA	1748.75

HbA1c 6.1%
IFCC 43 mmol/mol

HbA1 7.8% HbF 0.3%
0% 15%



Laboratoire Oued Fès
Dr. EL FADELY Aziz
Lot N° 0387 Hadika
Fès

+212 535 75 64 95

+212 669 44 73 22

Lot N° 0387 Hadika Oued Fès - Fès

laboouedfes@gmail.com

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

FES le: 20/12/2023

FACTURE N° 10133/23

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**



Formes et Prés

- Comprimés pel et 90 comprimés
- Comprimés pel comprimés.
- Comprimés pel. comprimés.

Composition :

ADO® 1000 mg

Metformine chlorhydrate
(soit en metformine 780mg)

Excipients q.s.p

ADO® 850 mg

Metformine chlorhydrate 850mg
(soit en metformine 663mg)

Excipients q.s.p 1 comprimé

ADO® 500 mg

Metformine chlorhydrate 500mg
(soit en metformine 390mg)

Excipients q.s.p 1 comprimé

Propriétés :

la metformine est un antidiabétique de la famille des biguanides.

Indications :

- Traitement du diabète de type 2, lorsque le régime alimentaire et l'exercice physique ne sont pas suffisant pour rétablir l'équilibre glycémique.
- ADO® peut être utilisé seul ou en association avec des antidiabétiques oraux ou avec l'insuline.

Contre-indications :

- Hypersensibilité au chlorhydrate de metformine,
- Diabète acidocétosique, précoma diabétique,
- Insuffisance rénale ou altération de la fonction rénale,
- Affections aiguës susceptible d'altérer la fonction rénale telles que déshydratation, infection grave, choc, administration intramusculaire des produits de contraste iodés,
- Maladie aiguë ou chronique pouvant entraîner une hypoxie tissulaire telle que : insuffisance cardiaque ou respiratoire, infarctus de myocarde récent, choc...
- Insuffisance hépatocellulaire, intoxication alcoolique aiguë,
- Allaitement,
- Exploration des produits de contraste (UV-angiographie) en règle générale, à éviter chez les diabétiques, en cas de nécessité, interrompre le traitement 48 h avant et ne reprendre que 48 h après l'examen.

Précautions d'emploi :

La metformine peut provoquer une complication très rare mais grave appelée acidose lactique, en particulier si vos reins ne fonctionnent pas correctement. Le risque d'acidose lactique est également accru en cas de diabète non contrôlé, de jeûne prolongé ou de consommation d'alcool. Les symptômes de l'acidose lactique sont des vomissements, des maux de ventre

es, une
ntense
dans
e

l'un

ital le

cémie (taux

endant, si vous

même temps que d'autres médicaments pour traiter le diabète qui peuvent engendrer une hypoglycémie (comme les sulfamides hypoglycémiants, l'insuline, les méglitinides), il y a un risque d'hypoglycémie. Si vous ressentez des symptômes d'hypoglycémie, tels que des faiblesses, des vertiges, une augmentation de la transpiration, des battements de cœur rapides, des troubles de la vision ou des difficultés à vous concentrer, boire ou manger quelque chose contenant du sucre devrait vous aider à vous sentir mieux.

Interactions médicamenteuses et autres interactions :

Ne consommez pas d'alcool pendant que vous prenez ce médicament. L'alcool peut augmenter les risques d'acidose lactique, particulièrement si votre foie est défaillant ou si vous êtes en sous-nutrition. Ceci s'applique également aux médicaments contenant de l'alcool.

Prévenez votre médecin si vous prenez ADO® en même temps que l'un des médicaments suivants. Il pourra alors être nécessaire de contrôler plus souvent votre glycémie ou d'ajuster la dose de ADO® :

- Si vous devez recevoir une injection de produit de contraste à base d'iode dans votre circulation sanguine, par exemple pour un examen radiographique ou un scanner, vous devrez arrêter de prendre ADO® un certain temps avant et après de tels examens.
- diurétiques (utilisés pour éliminer une partie de l'eau de l'organisme en augmentant la production d'urine),
- agonistes des récepteurs bêta-2-adrénergiques comme le salbutamol ou la terbutaline (utilisés pour traiter l'asthme),
- corticostéroïdes (utilisés pour traiter diverses affections, notamment des inflammations sévères de la peau ou l'asthme),
- autres médicaments utilisés pour traiter le diabète. Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement :

Grossesse :

Lorsqu'une grossesse est envisagée ou pendant la grossesse, il est recommandé de ne pas traiter le diabète par la metformine mais d'utiliser l'insuline pour

Formes et Prés

- Comprimés pel et 90 comprimés
- Comprimés pel comprimés.
- Comprimés pel. comprimés.

Composition :

ADO® 1000 mg

Metformine chlorhydrate
(soit en metformine 780mg)

Excipients q.s.p

ADO® 850 mg

Metformine chlorhydrate 850mg
(soit en metformine 663mg)

Excipients q.s.p 1 comprimé

ADO® 500 mg

Metformine chlorhydrate 500mg
(soit en metformine 390mg)

Excipients q.s.p 1 comprimé

Propriétés :

la metformine est un antidiabétique de la famille des biguanides.

Indications :

- Traitement du diabète de type 2, lorsque le régime alimentaire et l'exercice physique ne sont pas suffisant pour rétablir l'équilibre glycémique.
- ADO® peut être utilisé seul ou en association avec des antidiabétiques oraux ou avec l'insuline.

Contre-indications :

- Hypersensibilité au chlorhydrate de metformine,
- Diabète acidocétosique, précoma diabétique,
- Insuffisance rénale ou altération de la fonction rénale,
- Affections aiguës susceptible d'altérer la fonction rénale telles que déshydratation, infection grave, choc, administration intramusculaire des produits de contraste iodés,
- Maladie aiguë ou chronique pouvant entraîner une hypoxie tissulaire telle que : insuffisance cardiaque ou respiratoire, infarctus de myocarde récent, choc...
- Insuffisance hépatocellulaire, intoxication alcoolique aiguë,
- Allaitement,
- Exploration des produits de contraste (UV-angiographie) en règle générale, à éviter chez les diabétiques, en cas de nécessité, interrompre le traitement 48 h avant et ne reprendre que 48 h après l'examen.

Précautions d'emploi :

La metformine peut provoquer une complication très rare mais grave appelée acidose lactique, en particulier si vos reins ne fonctionnent pas correctement. Le risque d'acidose lactique est également accru en cas de diabète non contrôlé, de jeûne prolongé ou de consommation d'alcool. Les symptômes de l'acidose lactique sont des vomissements, des maux de ventre

es, une
ntense
dans
e

l'un

ital le

cémie (taux

endant, si vous

même temps que d'autres médicaments pour traiter le diabète qui peuvent engendrer une hypoglycémie (comme les sulfamides hypoglycémiants, l'insuline, les méglitinides), il y a un risque d'hypoglycémie. Si vous ressentez des symptômes d'hypoglycémie, tels que des faiblesses, des vertiges, une augmentation de la transpiration, des battements de cœur rapides, des troubles de la vision ou des difficultés à vous concentrer, boire ou manger quelque chose contenant du sucre devrait vous aider à vous sentir mieux.

Interactions médicamenteuses et autres interactions :

Ne consommez pas d'alcool pendant que vous prenez ce médicament. L'alcool peut augmenter les risques d'acidose lactique, particulièrement si votre foie est défaillant ou si vous êtes en sous-nutrition. Ceci s'applique également aux médicaments contenant de l'alcool.

Prévenez votre médecin si vous prenez ADO® en même temps que l'un des médicaments suivants. Il pourra alors être nécessaire de contrôler plus souvent votre glycémie ou d'ajuster la dose de ADO® :

- Si vous devez recevoir une injection de produit de contraste à base d'iode dans votre circulation sanguine, par exemple pour un examen radiographique ou un scanner, vous devrez arrêter de prendre ADO® un certain temps avant et après de tels examens.
- diurétiques (utilisés pour éliminer une partie de l'eau de l'organisme en augmentant la production d'urine),
- agonistes des récepteurs bêta-2-adrénergiques comme le salbutamol ou la terbutaline (utilisés pour traiter l'asthme),
- corticostéroïdes (utilisés pour traiter diverses affections, notamment des inflammations sévères de la peau ou l'asthme),
- autres médicaments utilisés pour traiter le diabète. Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement :

Grossesse :

Lorsqu'une grossesse est envisagée ou pendant la grossesse, il est recommandé de ne pas traiter le diabète par la metformine mais d'utiliser l'insuline pour

43,30

43,30

43,30