

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Mise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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.

S : 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0009232

64123  
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MIRDASS Fatima

Date de naissance :

Adresse : Av. Abdel EL Fassi Regis. AL Rods  
n°19 Route Imouzzer Fes

Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : 2428 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/03/2021

Nom et prénom du malade : MIRDASS Fatima Age : 73ans

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 : Fes 15/03/2021 Le : 22/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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
15/03/21	Ca		2000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

	15/03/2021	2048,00
		142034081

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

	15/03/2021		130,00
--	------------	--	--------

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

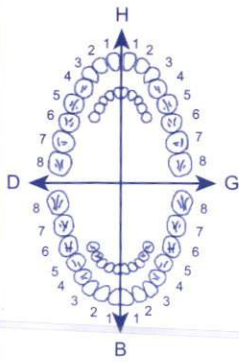
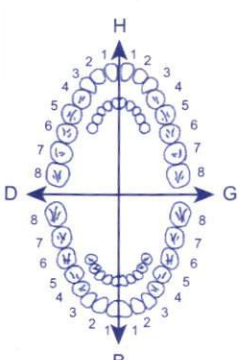
		Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'OC

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																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
				MONTANTS DES SOINS																
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. EL QAZBANI Zoubida

Spécialiste en Endocrinologie  
Et maladies métaboliques  
Diabétologie - Nutrition  
(Sur Rendez-vous)

INP 14 105 87 84

د. القزباني زبيدة

أخصائية في أمراض الغدد  
أمراض الاستقلاب  
السكري - التغذية  
(بالموعد)

Fes, le 15/03/2024

N. Nirdasi Fatima

437,00 x 4

Janumel 50 / 1000

S.V

60,00 x 5

6 Pema 3mg

S.V

2048,00

1cpo Janumel 50 / 1000  
1cpo Pema 3mg

21، شارع غسان الكنفاني، رقم 12 الطابق 2، مكاتب طبية أمام حديقة للامريم - فاس

الهاتف : ع : 05.35.65.26.02

(بالموعد)

60,00  
PPV 60DH00  
PER 07/22  
LOT J1960

60,00  
PPV 60DH00  
PER 07/22  
LOT J1960

60,00  
PPV 60DH00  
PER 01/23  
LOT K144

60,00  
PPV 60DH00  
PER 07/22  
LOT J1960

60,00  
PPV 60DH00  
PER 01/23  
LOT K144

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

# Dr. EL QAZBANI Zoubida و. القزباني زبيرة

أخصائية في أمراض الغدد، السكري والتغذية

INP 14 105 87 84

M<sup>e</sup> Nardass Beluma Fès, le 15/03/21

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> HBA1C                             | <input type="checkbox"/> Transaminases  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun                   | <input type="checkbox"/> Gammma GT <input type="checkbox"/> CPK                       |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol total                            | <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline   |
| <input type="checkbox"/> LDL <input type="checkbox"/> HDL             | <input type="checkbox"/> Microalbuminurie 24h   |
| <input type="checkbox"/> Triglycerides                                | <input type="checkbox"/> Proteinurie 24h  |
| <input type="checkbox"/> Ac. urique                                   | <input type="checkbox"/> ECBU+ ATB  |
| <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Créat          | <input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> PSA |
| <input type="checkbox"/> Na+ <input type="checkbox"/> K+              | <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> TP-INR                          |
| <input type="checkbox"/> Calcémie <input type="checkbox"/> P          | <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Vit. B12                  |
| <input type="checkbox"/> Calciurie 24h                                | <input type="checkbox"/> Prolactine   |
| <input type="checkbox"/> 25OH Vit D <sub>2</sub>                      | <input type="checkbox"/> Testosterone   |
| <input type="checkbox"/> Magnésium                                    | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH                              |
| <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> FT <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> 17 B oestradiol  |
| <input type="checkbox"/> TSI <input type="checkbox"/> Ac anti TPO     | <input type="checkbox"/> Cortisol 8 <sup>H</sup>                                      |
| <input type="checkbox"/> Ac anti thyroglobuline                       |   |
| <input type="checkbox"/> Thyroglobuline                               |   |

LABORATOIRE KANDOUSSI  
N°1-01-1948  
Fès



مختبر القندوسى للفحوصات  
Analyses Médicales  
KANDOUSSI  
Fès 05 35 65 26 02



# مختبر القندوسي للتحليلات الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

**Dr. Abdelali KANDOUSSI**  
Médecin Biologiste  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims  
Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Médecin : Dr. EL QAZBANI Zoubida  
Prélèvement du : 15-03-2021  
Référence : 2103152044  
Edition : 15-03-2021

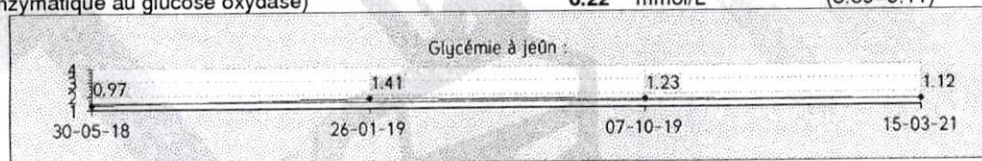
Mme MIRDASS Fatima  
Code Patient 1612262020



## BIOCHIMIE SANGUINE

AU 480 (BECKMAN COULTER\*) ET INDIKO PLUS (THERMOSCIENTIFIC\*)

	Résultats	Unité	Valeurs de référence	Antériorités
<b>Glycémie à jeûn : (RC)</b>	<b>1.12</b>	<b>g/L</b>	(0.70-1.10)	07-10-2019
(Technique enzymatique au glucose oxydase)	<b>6.22</b>	<b>mmol/L</b>	(3.89-6.11)	1.23



<b>Hémoglobine glyquée (HbA1c)</b>	<b>7.0 %</b>	(4.0-6.0)	06-11-2020
(Technique HPLC sur Automate D10 BIORAD*)			6.8

Selon le guide HAS affection de longue durée sur le diabète de type 2, Le dosage de l'HbA1c doit être réalisé 4 fois par an.

Type de diabète	Valeur cible d'HbA1c
Pour la plupart des patients diabétiques de type 2	inférieure ou égale à 7 %
Pour les patients diabétiques de type 2 : <ul style="list-style-type: none"> <li>dont le diabète est nouvellement diagnostiqué.</li> <li>ET dont l'espérance de vie est supérieure à 15 ans.</li> <li>ET sans antécédent cardio-vasculaire.</li> </ul>	inférieur ou égal à 6,5 %
Pour les patients diabétiques de type 2 : <ul style="list-style-type: none"> <li>avec une comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (&lt; 5 ans).</li> <li>OU avec des complications macrovasculaires évoluées.</li> <li>OU ayant une longue durée d'évolution du diabète (&gt; 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre</li> </ul>	inférieure ou égale à 8 %
Pour les patients diabétiques de type 1	inférieure ou égale à 7,5 %

مختبر القندوسي للتحليلات الطبية  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
KANDOUSSI  
Tél: 05 35 73 24 30 - Fax: 05 35 73 24 31

Urgences : Prélèvements à domicile 24h/24 : 06 71 46 22 62 - 06 76 86 18 28  
67, Av. des FAR, Bureaux Al Fath (A côté de KITEA) 30000 - Fès  
Tél: 05 35 73 24 30 / 32 - Fax: 05 35 73 24 31  
E-mail : labokandoussi2005@gmail.com - Site Web : labokandoussi-fes.com

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES KANDOUSI

Docteur ABDELALI KANDOUSI  
Médecin Biologiste  
Lauréat de la faculté de Médecine de Reims

Bureau Al Fath, Lots Walili  
67, Avenue des FAR - FES AGDAL  
Tél : 035 73 24 30 / 32 - Fax : 035 73 24 31

N° de patente : 13604729  
N° d'identification fiscale : 16471818  
N° d'affiliation à la CNSS : 6935540  
N° ICE : 000419654000009

**FACTURE N° : 210300297**

FES le 15-03-2021

**Mme MIRDASS Fatima**

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10	E
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 130.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent trente dirhams .

مختبر القندوسي للتحاليل الطبية  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
KANDOUSI  
05.35 73 24 30/31 - Fax: 05 35 73 24 32