

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-699967

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2974

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Retraite

Nom & Prénom : ABBAD, Abdelhak

Date de naissance : 23/04/1952

Adresse : 73, Bd Ibn Ouelhaj Apt 5 Casablanca

Tel : 386 800 92 Lot HADIKHA oued Fes

Tél : 0660489096

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/08/22

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

maladie chronique

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

16 AOUT 2022

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

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
05/08/92			G	INF : [] [] [] [] [] [Signature]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06-08-12	5100	120,00
		143063527	

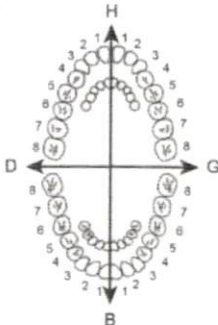
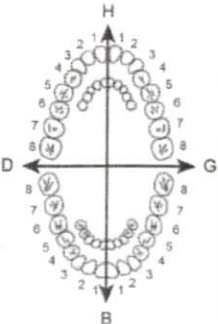
[illegible]

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

{ ASBADA
ABDELHAM

Le

05/08/99

fè s.v.p

- HBA_n C

Dr. EL FADELY AZIZ
Laboratoire d'Analyses Médicales
Oued Fès N° 387 Lot Hadika Oued Fès
Tél: 06.28.28.7608

Dr. Fatima EL ARVINDI
Médecin Généraliste
CSU Soundous - Fès
INP : 141059642

Signature et cachet du médecin

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

FES le: 06/08/2022

FACTURE N° 4244/22

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 FADELY AZIZ
Laboratoire d'analyses Médicales
Oued Fès N° 387 Lot Hadika Oued Fès
Tél : 05 35 75 64 95

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 إحيائي
. علم الأحياء الدقيقة – علم الكيمياء الحيوية – علم الدم
. علم الهرمونات – علم الطفيليات – علم الفطريات
. علم الفيروسات

Prélèvement du : 06/08/2022 à 08:29

Résultats édités le: 06/08/2022



MR ABBADI ABDELHAI

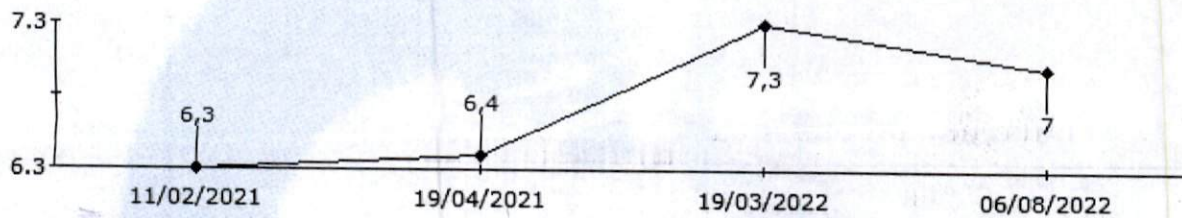
Dossier N° 20G56

Page: 1/1

HEMOGLOBINE GLYQUEE
(HPLC sur Automate TOSOH-GX)

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c.....: 7,00 % (*) 4,00 à 6,50 %
(Chromatographie)

Antécédent du 19/03/22 - 09:29 : 7,30 %



Total de pages: 1

Dr. EL FADELY AZIZ
Laboratoire d'analyses Médicales
Oued Fès N° 387 Lot HADIKHA Oued Fès
Tél: 06.26.22.76.08

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

LABO OUED FES

2022/08/06 11:35

TOSOH CORPORATION V01.24

NO: 0006 TB 0001 - 06

ID: 20220806003

CAL(N) = 1.196 PX + 0.4399

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.4	0.24	6.96
A1B	1.0	0.32	17.04
F	0.3	0.45	5.19
LA1C+	2.3	0.54	38.12
SA1C	7.0	0.67	89.39
AD	90.4	1.03	1479.40
TOTAL AREA			1636.10

HbA1c 7.0%
IFCC 53 mmol/mol

HbA1 8.4 % HbF 0.3 %
0% 15%

