

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

Déclaration de Maladie

N° W21-699967

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2974	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom : ABBADI Abdellah			
Date de naissance :	23/04/1952		
Adresse :	79, B SBN Dacel pice 405 Cem	Fes. 386 Rte q2 lot HADIKA 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 :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Fes. Le : 18/08/2022
Signature de l'adhérent(e) : M. BOUAFIA



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
05/08/02			G	INP : Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06-08-12	6100	110.00
			143063527

ORDONNANCE

{ ABBAD
ABDELHM

Le..... 05/08/98

fees V. P

- HBAC

Dr. EL FADELY AZIZ
Laboratoire d'analyses Médicales
Oued Fès N° 387 Lot Hadilia Oued Fès
Tél: 06.28.28.76.08

Dr. Fatima El Soudous
Médecin Généraliste
CSU Soundous - 125
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 Biogiste
. Bactériologie – Biochimie Clinique – Hématologie
. Hormonologie – Immunologie – Mycologie
. Parasitologie – Virologie – Toxicologie



مختبر واد فاس للتحاليل الطبية
الدكتور عزيز الفاضلي . صيدلاني احياني
. علم الأحياء الدقيقة – علم الكيمياء الحيوية – علم الدم
. علم الهرمونات – علم الطفيلييات – علم الفطريات
. علم الفيروسات .

Prélèvement du : 06/08/2022 à 08:29

Résultats édités le: 06/08/2022



MR ABBADI ABDELHAI

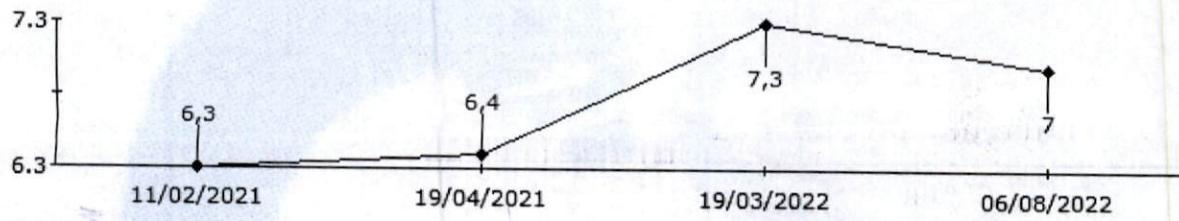
Dossier N° 20G56

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° 0387 Lot 14 HADIKA Oued Fès
Tél: 06 29 23 76 08

Adresse : Lot N° 0387, HADIKA Oued Fès, FES.
Tél : 05 35 75 64 95 whatsapp : 06 69 44 73 22 E.mail : laboouedfes@gmail.com

* GLYCOHEMOGLLOBIN REPORT *

LABO OUED FES

2022/08/06 11:35

TOSOH CORPORATION V01.24

NO: 0006 TB 0001 - 06

ID: 20220806003

CAL(N) = 1.196 TX + 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
AO	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%

