

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 ALÇ :

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

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° M20- 0009447

48957

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1748 Société : M20

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ADOUBAN IMAN

Date de naissance : 02/05/2011

Adresse : 25195011

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-09447

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie N° P19-

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1748 Société : R. A. M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ADIOUBAN Othman

Date de naissance : 19-12-1947

Adresse : 78 Rue HAJ OMAR RIFA 2ème étage CASABLANCA

Tél. : 0661950611 Total des frais engagés : 890 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur HADJALI IMAN  
Médecine Générale  
198, Av. Med. Al Kharraz, 1er étage,  
Tétouan  
TF 0539993529

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : ADIOUBAN Othman

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

Nature de la maladie : Glycémie

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 : 27-11-2020 Le : Tétouan

Signature de l'adhérent(e) : O. ADIOUBAN



# 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
03/11/2020		C	const	
10/11/2020		C	const	

## 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
	10/11/20	B650	850 dh

## AUXILIAIRES MEDICAUX

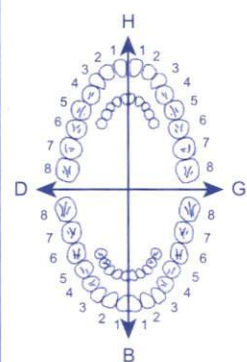
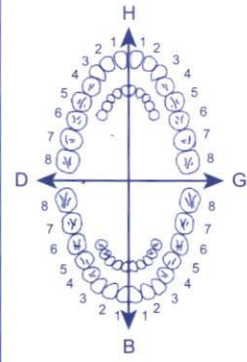
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Iman HADJAJI

Médecine Générale

Lauréate de la faculté de Médecine

et de Pharmacie de Rabat

Diplômée en échographie



د. إيمان الحجاجي  
الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالرباط

دبلوم في الفحص بالصدى

ORDONNANCE

Tétouan le 03/11/2020 تطوان في

Mr Adio'ban otman

faire m

- serologie Iga / Ig m / Lu sans cou  
2

RC = contact cas (+).

Dr. Iman HADJAJI IM.  
Médecine Générale  
01, Av. Mohamed El Kharraz - 1<sup>er</sup> étage - Tétouan  
Tél: 0539993529





**ORDONNANCE**

Tétouan le 10/11/2020 ..... تطوان في

Mr Adiouban otman

faisl m

- Hb A1C

- TSHus

- serologie du SARS - COV 2

IgG + IgM

**LABORATOIRE DU NORD**  
**D'ANALYSES MEDICALES**  
& BIOLOGIE DE REPRODUCTION  
Tel: 0539 124 150 - 0539 124 153  
Adresse: Av. des FAR Résidence Hania 1 RDC - Tétouan

**Docteur HADJAJI Iman**  
**Médecine Générale**  
199, Av. Med. Al Kharraz 1<sup>er</sup> étage - Tétouan  
Tél: 0539 99 35 29







Date du prélèvement : 10-11-2020

Heure : 11:06

Né(e) le : 19-12-1947 (72 ans)



**Mr ADIOUBAN Otman**

Dossier N° : 2011100038

Date de l'ordonnance : 10-11-2020

Prescripteur :

TETOUAN le 10-11-2020

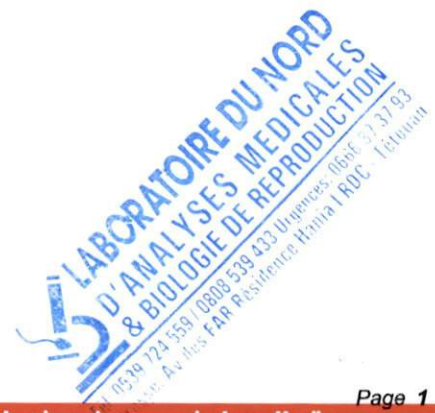
**FACTURE N° : 2011100038**

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Clé	Coefficient
Prélèvement sanguin	E	20
Hémoglobine glycosylée	B	100
TSH	B	250
COVID-19 sérologie (IgG / IgM)	B	300

**TOTAL DES B 650 B**

**TOTAL DOSSIER 890 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : **huit cent quatre-vingt-dix dirhams**





Dr. CHAOUI Tarik | Médecin Biologiste

Date du prélèvement : 03-11-2020

Heure : 12:56

Né(e) le : 19-12-1947 (72 ans)

Tél : 06.24.01.10.31



Mr ADIOUBAN Otman

Dossier N° : 2011030059

Date de l'ordonnance : 03-11-2020

Prescripteur :

## IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

### RECHERCHE DES ANTICORPS SARS-CoV2

**Sérologie IgG :**

(Technique Immuno-chromatographique à flux latéral)

NEGATIVE

**Sérologie IgM :**

(Technique Immuno-chromatographique à flux latéral)

NEGATIVE

LABORATOIRE DU NORD  
D'ANALYSES MEDICALES  
& BIOLOGIE DE REPRODUCTION  
Tél : 06 24 01 10 31 - 06 24 01 10 32  
Adresse: Av des FAR, Résidence Hania 1 RDC Tétouan



Tests COVID-19 disponibles

تحاليل فيروس كورونا

Page 1 / 1

Av des FAR, Résidence Hania 1 RDC - Tétouan شارع الجيش الملكي إقامة هانية 1 الطابق الأرضي قرب محطة الوقود إسو - تطوان

IF.: 37717735 - TP.: 51601008 - ICE.: 002343006000007 labodunord@hotmail.com www.labodunord.ma

0539 724 559 0808 547 758 0669 225 610 0666 873 793



Dr. CHAOUI Tarik | Médecin Biologiste

Date du prélèvement : 10-11-2020

Heure : 11:06

Né(e) le : 19-12-1947 (72 ans)

Tél : 06.24.01.10.31



Mr ADIOUBAN Otman

Dossier N° : 2011100038

Date de l'ordonnance : 10-11-2020

Prescripteur :

## BIOCHIMIE

**HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE**  
(Technique HPLC TOSOH)

9.0 %

(4.0-6.0)

Interprétation des résultats selon la standardisation du NGSP :

HBA1C entre 4.0 et 6.0 % : intervalle non diabétique  
HBA1C inférieur à 6.5 % : excellent équilibre glycémique (DNID)  
HBA1C inférieur à 7.0 % : excellent équilibre glycémique (DID)  
HBA1C entre 7.0 et 8.0 % : bon équilibre glycémique  
HBA1C à 8 % : Action corrective suggérée

## IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

### RECHERCHE DES ANTICORPS SARS-CoV2

**Sérologie IgG :**

(Technique Immuno-chromatographique à flux latéral)

NEGATIVE

**Sérologie IgM :**

(Technique Immuno-chromatographique à flux latéral)

NEGATIVE

## HORMONOLOGIE

**TSH US :**

(IE FLUORESCENCE VIDAS-PC)

4.22  $\mu$ UI/mL

(0.38-5.33)

Valeurs de référence pour femme enceinte ( $\mu$ U I/ mL)

1 <sup>er</sup> Trimestre	0.05 - 3.70
2 <sup>ème</sup> Trimestre	0.31 - 4.35
3 <sup>ème</sup> Trimestre	0.41 - 5.18



Tests COVID-19 disponibles

تحاليل فيروس كورونا

Page 1 / 1

Av des FAR, Résidence Hania 1 RDC - Tétouan

شارع الجيش الملكي إقامة هانية 1 الطابق الأرضي قرب محطة الوقود إسو - تطوان

IF.: 37717735 - TP.: 51601008 - ICE.: 002343006000007

labodunord@hotmail.com www.labodunord.ma

0539 724 559 0808 547 758 0669 225 610 0666 873 793



\* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT \*

2020/11/10 13:00

TOSOH CORPORATION V01.24

NO: 0008 TB 0001 - 08

ID: 102011100038

CAL(NJ)= 1.2700X - 0.1000

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.5	0.25	9.44
A1B	1.0	0.34	17.71
F	0.6	0.44	10.38
LA1C+	2.3	0.56	42.43
SA1C	9.0	0.69	130.79
A0	88.5	1.04	1622.88
TOTAL AREA			1833.62

HbA1c(NGSP) 9.0%

HbA1 10.4 % HbF 0.6 %

0%

15%

