

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-597292

55577

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5952 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELAYOUCI BOUCHAIB
 Date de naissance : 16/08/64
 Adresse : 25 CHAKAB 2 Da. mar. 9 App 12
 Tél. : 067129416 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. CHAKIB Abdelfattah
Maladies Infectieuses
Médecine Tropicale
Clinique Mada
Tél : 06 61 42 01 61

Date de consultation : 25/12/2020
 Nom et prénom du malade : ELAYOUCI BOUCHAIB Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hépatite C
 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) :

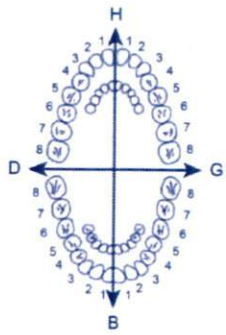
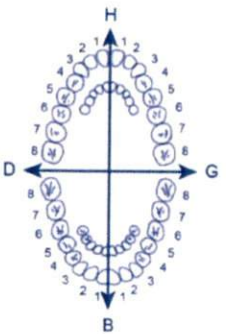
Signature

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
25/12/2020		6	300 dh	INP : 91079 DAS Pr. CHAKIB Abdelfattah Maladies Infectieuses Médecine Tropicale Clinique 5 ^{ème} dr Tél : 06 61 291 64

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"> <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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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															

Date du prélèvement : 26-12-2020 à 07:50

Code patient : 2012262001

Né(e) le : 16-08-1964 (56 ans)



Mr Bouchaib EL AYOUKI

Dossier N° : 2012262001

Prescripteur : Dr Abdelfattah CHAKIB

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

- Protéines totales

(Méthode: Biuret with sample blank sur respons)

69.7 g/L (60.0-80.0)

- Transaminases GOT (ASAT)

(Méthode : IFCC)

25 UI/L (0-35)

- Transaminases GPT (ALAT)

(Méthode:IFCC)

35 UI/L (0-45)

- Gamma glutamyl-transferase (GGT)

(Méthode: IFCC, DGKC)

57 UI/L (0-55)

RESULTAT CONTROLE

Bilirubine totale

(Méthode: DCA)

2.5 mg/L (1.0-12.0)

Bilirubine conjuguée (directe)

(Méthode: DCA)

0.20 mg/L (0.00-2.00)

Bilirubine libre (indirecte)

(calculée)

2.3 mg/L

ELECTROPHORESE DES PROTEINES SERIQUES

Protéines totales :

69.7 G/L (60.0-80.0)

Albumine :

59.4 % (55.8-66.1)

soit en g/l :

41.40 g/l (40.00-47.60)

Alpha 1 globulines :

3.9 % (2.9-4.9)

soit en g/l :

2.7 g/l (2.1-3.5)

Alpha 2 globulines :

10.4 % (7.1-11.8)

soit en g/l :

7.2 g/l (5.1-8.5)

Béta 1 globulines :

6.1 % (4.7-7.2)

soit en g/l :

4.3 g/l (3.4-5.2)

Béta 2 globulines :

4.8 % (3.2-6.5)

soit en g/l :

3.3 g/l (2.3-4.7)

Gamma globulines :

15.4 % (11.1-18.8)

soit en g/l :

10.7 g/l (8.0-13.5)

Interprétation:

Profil électrophorétique normal.

2012262001 - Mr Bouchaib EL AYOUKI

MARQUEURS TUMORAUX

Alpha Foeto-Protéine
(Technique Chimiluminescence)

1.0 UI/mL (<5.8)
1.2 ng/mL (<7.0)

SEROLOGIE

SEROLOGIE DE L'HEPATITE C

Anticorps anti-HCV
(Analyse réalisée sur Mini VIDAS)
Indice

POSITIF

13.69 S/Co (<1.00)

Valeur Test	Interprétation
<1.00	Négatif
>=1.00	Positif

Validé par le biologiste

EVOLULAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
187, Boulevard Ibnou Sina - Casablanca
Tél.: 05 22 95 03 34 - Fax: 05 22 94 77 45
E-mail: evolulab@hotmail.com - RC : 267035