

## 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.

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° W19-597292

55577

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)      Matricule : 5952      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : ELAYNIA BEN CHAKIB

Date de naissance : 16/10/1964

Adresse : 205 CHAKIB ZIDA 20000 AGADIR

Tél. : 06 71 21 94 16      Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/12/2008

Nom et prénom du malade : ELAYNIA BEN CHAKIB      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 : 114      Le : 114

Signature de l'adhérent(e) :

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
25/12/2023		6	300 Dh.	INP : 91029999 Pr. CHAKIB Abdelfattah Maladies Infectieuses Médecine Tropicale Clinique Sidi Dr TAL 06 61 291 66

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	.....					.....	
	.....					.....	
	.....					.....	
	.....					.....	
	.....					.....	

M 4 5956

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

<b>– Protéines totales</b> (Méthode: Biuret with sample blank sur respons)	69.7	g/L	(60.0-80.0)
<b>– Transaminases GOT (ASAT)</b> (Méthode : IFCC )	25	UI/L	(0-35)
<b>– Transaminases GPT (ALAT)</b> (Méthode:IFCC )	35	UI/L	(0-45)
<b>– Gamma glutamyl-transferase (GGT)</b> (Méthode: IFCC, DGKC )	57	UI/L	(0-55)
RESULTAT CONTROLE			
<b>Bilirubine totale</b> (Méthode: DCA )	2.5	mg/L	(1.0-12.0)
<b>Bilirubine conjuguée (directe)</b> (Méthode: DCA )	0.20	mg/L	(0.00-2.00)
<b>Bilirubine libre (indirecte)</b> (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.: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45  
 E-mail : evolulab@hotmail.com - RC : 267035