

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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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

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.

RAS : 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12 806

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

challat Abdelha Kim

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 **Nº P19-066472**

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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-495814

Maladie

Dentaire Cadre réservé à l'adhérent (e)

Optique

Autres

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : CHALLALOT ABDELHAKIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-495814

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
.....	INF : <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	

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
Laboratoire du M. G. H. 5 Rue Hussard 105 05 05 27 12 93 92 RA 10300 PARIS 2 17 01 92 01	216120	B2A30 part	2393,60

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CHALLOT Abdelhakim
08/03/1967 M
2200602 0024

Bilan Biologique

Le : 28/05/2020

Nom/Prénom : Abdelhakim Sexe : H F

Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture

Bilan martial

- Fer Sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Hémostase

- Temps de Prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

Glucose

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie par VO
- Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- NA+
- K+
- CI+
- Ca++
- Phosphore
- Mg++
- Bicarbonates (HCO_3^-)
- Urée
- Crétinine
- Acide urique
- Autre : _____

Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases acide
- Phosphatases alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT , ALAT
- Gamma-GT
- 5'Nucléotidase
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP
- BNP - NT

Ionogramme urinaire

- Ca++
- Phosphore
- Na+
- K+
- Cl+
- Urée
- Crétinine

Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECUU
- Antibiogramme

TSHus

Groupage Sanguin

- ABO
- Rhésus
- RAI

Sérologie et immunologie

- VDRL-TRHA
- Hépatite B
 - Antigène Hbs
 - Anticorps Anti-Hbs
 - Anticorps Anti-Hbc
 - Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
 - Anticorps Anti-HVC
- Sérologie Toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- B-HCG Plasmatique

- Facteur Rhumatoïde :
- (Latex,Waaler Rose)
- Anticorps anti-nucléaires
- Anticorps Anti-DNA natif
- ASLO
- Dosage du Complément

*Dr. Asma BENTHAMI
Cardiologue
57, Place Abou Bakr Essaoui, 1er Etage App. 4
Rabat, Derrière la Mosquée Badr - Rabat
Tél.: 06 37 198 32 - GSM : 06 68 54 42 60
AIAPE : 101164788
Tél.: 06 37 198 32*

FACTURE

Pr A. BENOUDA

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

N° Facture : BER100188_20

Date : 06/06/2020

N°	ID_Dossier	Bénéficiaire	Date	N° PEC	Adhérent	Matricole	Coatation	Montant	Observation
1	22006020024	CHALLOT ABDELHAKIM	08/03/1967	20201570004350	CHALLOT ABDELHAKIM		2 720,00	2 393,60	
2 393,60									

Arrêté le présent bordereau des prix à la somme de : deux mille trois cent quatre-vingt-treize dirhams et soixante centimes TTC.

LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussien 1er
Tel: 05 37 72 66 93 / 05 37 73 05 09
Fax: 05 37 73 05 92 - RABAT
L.M.P 103001921





Le 5 juin 2020

LB MAGHREB RABAT
5 RUE HUSSEIN 1ER
RAB, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

N/REF : : 20201570004350

Adhérent : CHALLOT ABDELHAKIM

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDELHAKIM CHALLOT.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de 2396.60 MAD.

- Part Mutuelle : 2393.60 MAD
- Part Adhérent : 3.00 MAD

Validité de prise en charge : du 05-06-2020 au 05-09-2020.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Center d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ABDELHAKIM CHALLOT.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée **d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.**
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- **Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.**
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture



مختبر المغرب
LABORATOIRE DU MAGHREB
ANALYSES MEDICALES

Pr A. BENOUDA

DATE FACTURE

02/06/2020

FACTURE

N° FACTURE

OPR159911_20

RAM

22006020024

CHALLOT ABDELHAKIM

N°	CODE	ANALYSE	LETTRE	NBRE B	MONTANT
1	AAS 1	HEP.B: ANTIGENE HBS	B	120	160,80
2	AUS 1	ACIDE URIQUE	B	30	40,20
3	CRE 1	CREATININE	B	30	40,20
4	CRP 1	PROTEINE C REACTIVE	B	100	134,00
5	CRUD 1	CREATININE URINAIRE	B	30	40,20
6	F	FORMULE LEUCOCYTAIRE	B	0	0,00
7	FET 1	FERRITINE	B	250	335,00
8	GLY 1	GLYCEMIE	B	30	40,20
9	GOT 1	TRANSAMINASE G.O.	B	50	67,00
10	GPT 1	TRANSAMINASE G.P.	B	50	67,00
11	HBC 1	HEP.B: ANTICORPS HBC	B	250	335,00
12	HBS 1	ANTICORPS ANTI HBS	B	250	335,00
13	HCV 1	HEPATITE C	B	300	402,00
14	HEC 1	HEP.B: ANTICORPS HBE	B	250	335,00
15	N	HEMOGRAMME	B	80	107,20
16	NTBNP	NT-PRO BNP	B	250	335,00
17	PLA	PLAQUETTES	B	0	0,00
18	POT 1	POTASSIUM	B	30	40,20
19	SOD 1	SODIUM	B	30	40,20
20	TRO 1	TROPONINE	B	250	335,00
21	TSH 1	TSH ULTRASENSIBLE	B	250	335,00
22	URE 1	UREE	B	30	40,20
23	UUD 1	UREE URINAIRE (HN)	B	30	40,20
24	V24	VOLUME DE URINES DE 24H		0	0,00
25	VSG	VITESSE DE SEDIMENTATION	B	30	40,20



Total B : 2720

Montant Prélèvement : 0,00

Total Facture : 2 393,60

Arrêter la présente facture à la somme de : deux mille trois cent quatre-vingt-treize dirhams et soixante centimes TTC.

LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussien 1er
Tél : 05 37 72 66 93 / 05 37 73 05 09 - Fax 05 37 73 05 92
Patente N° : 25110491 - IF : 34108750 - CNSS : 1454975 - INP : 103001921 - ICE : 001649487000043
RIB : 007810000181200030452347



NSR
2020

CHALLOT ABDELHAKIM
DIRECTEUR
0012806

Fin de validité: 31/12/2020

