

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

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.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835 Société : 

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAID BRIBER

Date de naissance : 03/03/1957

Adresse : DR EL MANIR RUE 1 N° 43

Tél. 06 66 18 87 48 Total des frais engagés : 6900 E Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

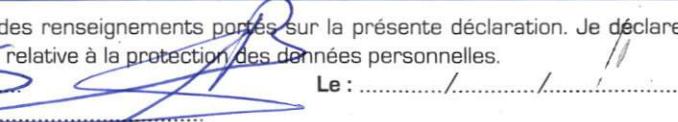
Nature de la maladie :

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) : 

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 - = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 - SY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 - = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 - = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 - = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 - = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 - = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
 - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- | | |
|-----|--|
| SF | = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence |
| SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| R-Z | = Electro-Radiologie |
| B | = Analyses |

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes
lobaux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit revenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS M 20-0000618 375215

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SAID BRIBER

Matricule : 4835 Fonction : Poste : R

Adresse : 06, 66, 18, 87, 48

Tél. : 06, 66, 18, 87, 48 Signature Adhérent : SB

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A , le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

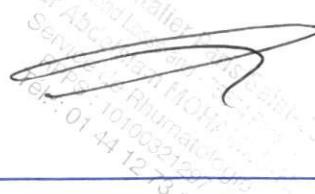
VOLET ADHERENT

DECLARATION 375215

Matricule N° : 4835 Nom du patient : Date de dépôt : Montant engagé Nombre de pièces jointes :



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
04/11/11	APC		69,00	

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

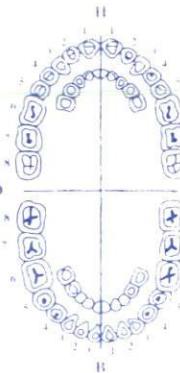
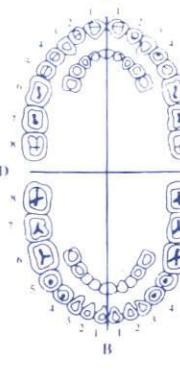
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
	B			
	G			
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
MONTANT DES SOINS				MONTANT DES SOINS
DATE DU DEVIS				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE DE CONSULTATION

ZERRAD SAADIA
01 SQUARE PAYRET DORTAIL

92170 VANVES

4835
SAID
BRIBER

Référence à rappeler

N° IPP / N° Séjour : **110925299 / 721008344**
Nom / Prénom : **ZERRAD SAADIA**
Date de naissance : **25/11/1958**
Période séjour : **04/01/2021**
N° SS :
N° Adhérent :
Débiteur 1 : **PATIENT PAYEUR**
Organisme d'affil. :
Parcours de soins : **NC: Non concerné**

Facture N° **210001945**

Période séjour : **04/01/2021**

DMT :

Activ : **07**

Date	UF	Code	Tarif	Ccef.	Montant	Taux AMO	A votre charge
04/01/2021	7007	CS69	69.00	1.00	69.00	0	69.00

Spécialité :

Numéro(s) de demande(s) :

FACTURE REGLEE	Euros	
	Total à payer	69.00
Somme perçue		69.00
Reste à payer		0.00

Reste à payer : **ZÉRO EUROS**

Facturé le : **04/01/2021**

N°IPP : **110925299 ZERRAD, SAADIA**
Facture : **210001945**

Montant : **0.00** Euros



NIP : 110925299

ZERRAD Née ZERRAD
SAADIA SAADIA

NDA : 721008344

NDA: 721008344 - Service: Chir. Ortho. Trauma.
Rhumatologie - Observ CS initiale rhumatologie
[MOHAMED HADJ Abdesselam - M4 Médecins] - 04/01/2021 16:54 (En Cours)

Observation de consultation rhumatologie

Antécédents médicaux	Diabète type II sous glucophage Dogmatil
Motif de consultation	Adressé par le médecin traitant pour bilan d'une tendinopathie du pouce et de l'index droit
Observation	Évolution depuis un mois suite à une chute de sa propre hauteur a la renverse à eu un traitement symptomatique initialement quand elle était au Maroc avec notion de Diprostène en intramusculaire avec amélioration partielle des douleurs mais reste gênée par son pouce notamment à la pression du fléchisseur avec notion de blocage parfois radiographies standards retrouvent une rhizarthrose droite associée une arthrose digitale notamment de l'IPP du 2e rayon à droite
Examen clinique	On réveille une douleur exquise à la pression du fléchisseur du pouce droit ainsi qu'au niveau de l'IPP l'index droit
Conclusion	En pratique : prévoir plutôt une infiltration échoguidée de sa ténosynovite du fléchisseur du pouce à droite

M. 4835
SAAD
BRIBER