

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

Informations 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.

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAïD

BRIBER

Date de naissance : 03/03/1957

Adresse : DB ELMANSI R Rue 7 1 N° 43

Tél. : 06 66 18 87 48

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) :

V

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)
- Y = 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 courant 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 d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux 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 venir 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



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 046938 / N° P19 063983

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SAID BRIBER

Matricule : 4835 Fonction : Poste :

Adresse : DB EL HANSR Rue 71 N° 43

Tél. : 06 66 18 87 48 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ZERRAD Saadien Age : 11 11 11 11

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Diabète de type 2 sans ADO + Trouble psychosomatique

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

A Casab le 07/12/2022 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Fatima Zahra ARROUB
Médecin Commandant
Infirmier de Garnison
de Casablanca
INPE: 091229179

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 046938

Matricule N° : N° P19 063983

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :

MUPRAS



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
10/02/22	C			Dr. Fatima Zahra ARROUB Médecin Commandant Infirmière de Garnison de Casablanca INPE: 091229179

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TRINCAL 55, rue Marcheron 92170 VANVES - 92 2 017454 Tel. 01 46 42 02 00	10/02/22	18,36€

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	

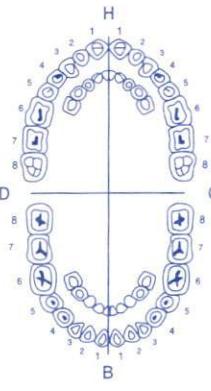
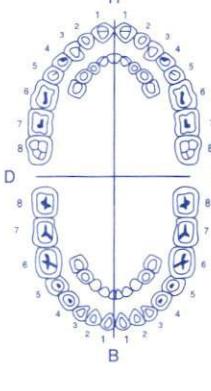
VOLET ADHERENT

* 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 can 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	21433552		
25533412		00000000		
00000000		00000000		
	G			
	D	00000000		MONTANT DES SOINS
		35533411	11433553	
	B			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

(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

Cachet decin



Lot
EXP
06/2023
SN 2H45XXNW68

Dr. Fatma
Médecin comm.
Infirmier de Détache
de Casablanca
INPE: 091229179

KY002

JB

ORDONNANCE

Gaza le ...27/02/2022

Saadia ZERRAI

PC 03400935153609

1) Glucophage 850 mg

0 - 0 - 1

pdt 03m

Lot
EXP
06/2023

KY002

SN 17RHK1TXXA

2) Sulpiride 50 mg Mylan

0 - 0 - 1

pdt 03 mois

Zahra ARROUB
Commandant
de Garnison
Casablanca
091229179

JY005
12/2022

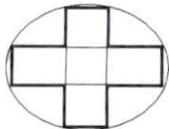
Lot
EXP

3400935153609

SI 162AKPH944

PC: 03400937224611
SN: 26860792141
EXP: 03/2026





PHARMACIE TRINCAL
TRINCAL
55 RUE RAYMOND MARCHERON
92170 VANVES
FRANCE

N° SIREN : 521209866
 N° TVA intracommunautaire : FR86521209866
 Code NAF : 523AZ

N° téléphone : 01-46-42-03-81
 N° fax : 09-70-29-50-18
 E mail : pharmacie.trincal@gmail.com
 Site Internet : <http://www.synergiphar.fr/nos-pharmacies/pharmacie-trincal>

ZERRAD SAADIA

13 RUE DE CHATILLON
 92170 VANEVS
 FRANCE

Tél. :

Caisse : CC Opérateur n° TM TM

Facture n° 888 du 09/02/2022 - vente n° 635078

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA
34009 3722461 1	GLUCOPHAGE 850MG CPR 90	1	7,169	7,17	2,10
HD7	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10
34009 3515360 9	SULPIRIDE 50MG MYLAN GELULE 30	3	2,272	6,82	2,10
HD4	HONORAIRE DE DISPENSATION	3	0,999	3,00	2,10
Totaux		4		17,99 €	

Banque: BNP PARIBAS

IBAN: FR76 3000 4008 3600 0100 4278 857

Taux de TVA	Code de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	2	13,99	0,29	14,28
2,10	2	4,00	0,08	4,08
Totaux		17,99	0,37	18,36

Date d'échéance : 09/02/2022.

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

Loi du 15 mai 2001. Pénalités de retard applicable 1,5 fois le taux d'intérêt légal.