

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.

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

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° P19- 0041416 / 856

☐ Maladie
 ☐ Dentaire
 ☒ Optique 57190
 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0856 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZIDANI Abdeljalil

Date de naissance : 04-08-1949 à CASABLANCA

Adresse : 91 avenue Pasteur YERRES 91330 FRANCE

Tél. : +21266101385 Total des frais engagés : 69€ + 6500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

CDS Visionne

42 av Pierre Brossolette

0148981930

Finess: 940026537

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2020

Nom et prénom du malade : ZIDANI Abdeljalil Age: 71

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ophtalmologie

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 : Casablanca Le : 25/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-041416

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 : _____

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
28/11/20	AFU 15		39,00€	CDS visionneo 42 av Pierre Brossolette 0148981930 Finess: 940026537
28/11/20	CS		30,00€	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/12/2021	65,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

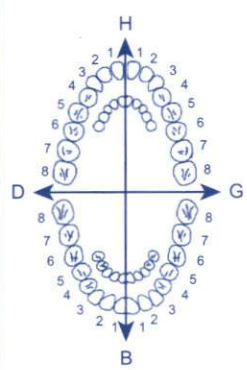
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



OPTIQUE MILLE POUR CENT
OPTICIEN
OPTOMETRISTE

Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture :

0014302

Date :

14/12/2020

Mr :

ABDEL JALIL ZIDANI

Docteur :

BENHAMOU ALAIN

Type des verres :

PROGRESSIFS + ORGANIQUES
+ AM + BL + UV + 1.6

Monture :

OPTIQUES

1500

Vision de Loin :

OD

Axe

135

cyl

-0.25

sph

+0.50 2500

OG

Axe

80

cyl

-0.75

sph

Plan 2500

Vision de Prés :

OD

Axe

0

cyl

0

sph

0

OG

Axe

0

cyl

0

sph

0

Add :

+2.75

Montant :

65000

OPTIQUE MILLE POUR CENT
OPTICIEN
OPTOMETRISTE

Six Mille Cinquante DH,

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P / 023451 - Patante : 30057211

IMP: 09 1093706

CENTRE DE SANTE D'OPHTALMOLOGIE
VISIONNEO
38-42 Avenue Pierre Brossollette
94000 CRETEIL
TEL : 0148981930
MAIL: VISIONNEOCRETEIL@GMAIL.COM
N°FINESS : 94 002 653 7

Docteur BENHAMOU Alain
Ophtalmologue

Docteur BEDDIAF Ahmed
Ophtalmologue

Créteil, le 25/11/2020
Monsieur Abdel Jalil ZIDANI
71 ans

ORDONNANCE DE LUNETTES

Une paire de lunettes avec monture
Progressif

Oeil droit: +0.50 (-0.25) 135°

Oeil gauche: Plan (-0.75) 80°

Addition: +2.75

CDS Visionneo
42 av Pierre Brossolette
0148981930
Finess: 940026537

OPTIQUE M. LEPOURCELOT
OPTICIEN
OPTOMETRISTE

CENTRE DE SANTE D'OPHTALMOLOGIE
VISIONNEO
38-42 Avenue Pierre Brossollette
94000 CRETEIL
TEL : 0148981930
MAIL: VISIONNEOCRETEIL@GMAIL.COM
N°FINESS : 94 002 653 7

Docteur BENHAMOU Alain
Ophtalmologue

Docteur BEDDIAF Ahmed
Ophtalmologue

ZIDANI Abdel Jalil
90 av pasteur

91330 YERRES

FACTURE ACQUITTÉE

Reçu de : ZIDANI Abdel Jalil

La somme de : 39.00 €

Pour un acte côté :

AMY15

39.00 €

39.00

Une feuille de soins a été remise au patient ou transmise électroniquement à la CPAM.
(Centre de santé conventionné)

Fait à

Le **25/11/2020**

CDS visionneo
42 av Pierre Brossollette
0148981930
Finess: 940026537

CENTRE DE SANTE D'OPHTALMOLOGIE
VISIONNEO
38-42 Avenue Pierre Brossollette
94000 CRETEIL
TEL : 0148981930
MAIL: VISIONNEOCRETEIL@GMAIL.COM
N°FINESS : 94 002 653 7

Docteur BENHAMOU Alain
Ophtalmologue

Docteur BEDDIAF Ahmed
Ophtalmologue

ZIDANI Abdel Jalil
90 av pasteur

91330 YERRES

FACTURE ACQUITTÉE

Reçu de : ZIDANI Abdel Jalil

La somme de : 30.00 €

Pour un acte côté :

CS+MPC+MCS

30.00 €

30.00

Une feuille de soins a été remise au patient ou transmise électroniquement à la CPAM.
(Centre de santé conventionné)

Fait à

Le **25/11/2020**

CDS Visionneo
42 av Pierre Brossolette
0148981930
Finess: 940026537