

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.

Education :

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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

Prise en charge : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

S'agit de garantir le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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 : 2013 9959 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Fouinna HASSAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661143586

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Age : 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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
		H D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
					<p>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</p>

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme

Nom & Prénom Fouïna Hassan

Fonction Manager

Phones 2685

Mail

Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient Fouïna Hassan

Adhérent Conjoint Enfant Age 28.09.2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Baisse de vision

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
consultation	1	250DH

Signature de Dr ATLAS Farida
Optométriste Tél: 0522 80 80 22
G 6 M. C. Optic

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

MUPRAS
08 OCT. 2019

Signature et cachet du Pharmacien

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date 02 Oct 2019

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Nettets de l've

9900-

OPTIC 5 CACHET OPTOMETRISTE
Dr. A. Farida Optic
Tél: 0522 80 80 22
G 6 M. C. Optic

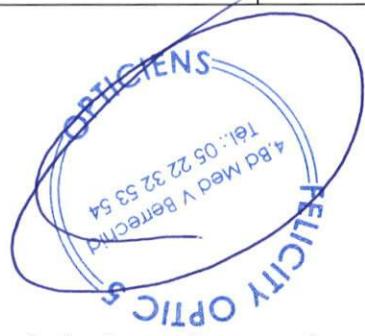
FELICITY OPTICS
4 Bd Med V
Berrechid
Tel : 0522325354

Le, 10 2 OCT 2019

Facture 191102

Mr, Mme FODIDA HASSAN

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Total
1	MONTURE POLYBLLES AR Ø=65 mm VIP	1000-	1000-
2			1200-
	Grand total :		2200-
	Dont TVA 20% :		366



Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX MILLE
DEUX CENT DH5

Docteur Farida ATLAS

Chirurgie de la cataracte

Echographie - Angiographie - Laser

Contactologie - Strabologie

Membre de la Société Française d'Ophtamologie

Ancien spéciliste au CHU 20 Août Ibnou Rochd - (Casa)



الدكتورة فريدة أطلس

المراجعة المجهزة للجلالة

تخطيط أوعية الشبكة . الليزر

العدسات الاصفحة. الحول

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

28.09.2019

Casablanca le :

Fouïsse Hassoun

beauit pour un

OF Main

OS +0,5 (-0,75ax 60)

et pour un P

ODS +2,0

Farida

Avenue Rue 2 Mars et Boulevard El Fida, Hay Riad El Ali, Résidence La Perla N° A7 au 2ème Etage - Casablanca

Tél : 05 22 80 80 28 - Urgent : 06 61 39 66 46 - E-mail : dr-atl-opt@live.fr

