

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041502

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9959 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FOUINA 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 : 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 :

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.

Educations :

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.

Prothèses :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com
Demande en charge : pec@mupras.com
Démission 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.

Adresse : 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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux											
				Montant des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	Montant des soins
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis													
		Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution															



P17/0065359

DATE DE DEPOT

/ /201


A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom			Fouina Hassan		
Fonction		Manager	Phones		2685
Mail					
MEDECIN		Prénom du patient			Fouina Hassan
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	
Nature de la maladie		Date			28.09.2019
		Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Boussée de vision					
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
consultation		1	Dent Centre ciguonle 2500DH		
PHARMACIE		Date			
Montant de la facture		MUPRAS			
		08 OCT. 2019			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
		CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date			02 OCT 2019
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		
Lettres de l'oe				2200-	
				OPTICIENS	
				4 Bd Med V. Berrechid Tél: 05 22 32 53 53	
				FELICITY OPTIC	

FELICITY OPTICS
4 Bd Med V
Berrechid
Tel : 0522325354

Le , 02 OCT 2019

Facture 191102

Mr, Mme FODIA HASSAN

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Total
1	monture		1000-
2	POLYBLES AR $\phi=65mm$ 		1200-
		Grand total :	2200-
		Dont TVA 20% :	366



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

Docteur Farida ATLAS

Chirurgie de la cataracte

Echographie - Angiographie - Laser

Contactologie - Strabologie

Membre de la Société Française d'Ophtamologie

Ancien sp ciliste au CHU 20 Août Ibnou Rochd - (Casa)



الدكتورة فريدة أطلس

الجراحة المجهرية للجلالة

تخطيط أوعية الشبكة . الليزر

العدسات اللاصقة, الحول

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Casablanca le : 28.09.2019

Fouille Hassou

lunets pour

OS pour

OS 40,50 (-0,75 x 10)

add pour up

OS 4 2,0



Antimil

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

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