

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de Maladie

N° W21-765729

133234

Optique

A

Maladie

Dentaire

Matricule : 11055

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABER mustapha

30/04/1972

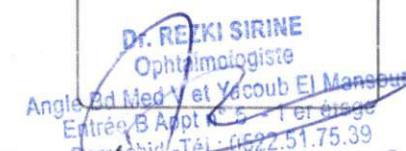
Adresse : 311, Nasla Makhlouf Deraoua

Tél. : 0655322131

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 faire pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Nouaceur

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

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
11 OCT. 2022	Ac IS	250.000 Dhs	ANPE 1081184723 Ophtalmologue Angèle Bd Med V et Yacoub El Mansour Entrée B Appt n° 5 Bentechid - Tel : 0522.51.75.33	ANPE 1081184723 Ophtalmologue Angèle Bd Med V et Yacoub El Mansour Entrée B Appt n° 5 Bentechid - Tel : 0522.51.75.33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTICO CONTACT Opticien Khadija ADMY Diplôme d'Etat Opucien Opticien 57 Bis Rue Medina Berrechidia Tel 0522 32 47 14 F 06 100051 - Pal N 40707 - 88-CNSS 224474	13/10/9/2021	1400,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

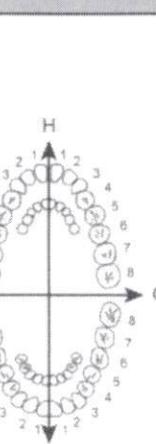
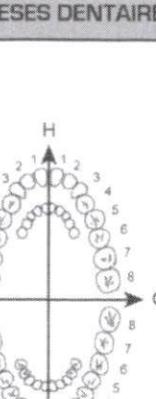
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Soins	Coefficient													
																	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
					FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
		<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS												
					DATE DU DEVIS												
					DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXISTENCE

Dr.REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse

Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser
Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



سین سرگز روزه

طب بقادة العيون

سب وجرات المحيو

طبلة سابقة بستشاف، ٢٠ غشت بالدارالسلا

الله تعالى يحيى عزوجل

تصویر النوعية الشبكية . عدسات الاصنقة فحص الشبكية

11 octobre 2022

Mr. SABER Mustapha

Monture pour vision de près + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VP : OD = + 2.00 (- 0.25 à 80)

OG = + 2.00

FLORAVISION (BLEU)

4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

OPTIQUE CONTACT
Opticien Optométriste ADMY Diplôme d'Etat
57268 Rue Meilma Bérechid 1e 0522 32 47 44
5726100051-PA1N 4070788-CNSS 2244781

Dr. REZZA SIRINE
Ophthalmologiste
Bd Moudawalli 5 - 1er étage
Entree B. Appart. n° 5
Tunis - Tel : 0522.51.75.39

واية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

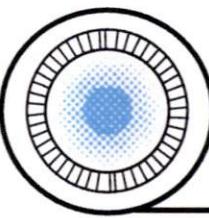
(فوق قياسية الحاج أحدهد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحدهد الطابق النول المدخل B الشقة رقم ٥ - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage, Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél: 05 22 51 75 39/Whatsapp: 06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com

optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 1114122

Berrechid, le 13/10/2022

Client : MR SABER Moustapha.

Code	Description	Total
YOT 400	Revison de pris Vers opticien + 120 MC rente	350- 350- 400- Total
		1400-
	DL + 2,00 (-0.25 + 80')	
	06 + 2,00	
	OPTICCONTACT Opticien Khalid ADMY Opticien Optométriste Diplômé d'Etat 15 Rue Medina Berrechid Tel 0522.32.11.14 IFUG 100051 - Paris 40707188 - VST 22000	
	Arrêtée la présente Facture à la Somme de Mille quatre cent Jus. R.	