

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.

diologie 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.

ntaire :

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.

La 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

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 Allai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 059089

N.D: 35432

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8550 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DOUAISSI FOUAD

Date de naissance : 18.04.1960

Adresse : N° 65, ELEFTHÉRIE, sidi Maârouf.

Tél. : 0661352585 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 : 04/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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.

N° W19-541421

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Afolabi Yazid SAVAGE
Ophthalmologiste
Clinique Ophthalmologique
Lumière Divine
Tél: 92 50 91 01 / 93 39 87 02

Date de consultation :

12/06/2018

Nom et prénom du malade :

DOUSSI Fernad

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

résection oculaire

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-541421

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 :

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
12/06/20	Consultation		6000 F	
12/06/20	P.I.C.		5000 F	
12/06/20	Antibio		5000 F	INP : <input type="text"/> Dr Afolabi Yazid SAVAGE Ophthalmologiste Clinique Ophthalmologique Tunisie Divine 21 93 38 67 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VINE OPTIQUE						350.000 ₡
point Cassablanca, Immeuble Miracle						
face Station BP ESSO	26-06-20					
8 96 80 17 10 08 BP: 81685 Lomé - TOGO						
Avenue Pya, face Mosquée de Totsi						
+228 70 42 27 01 / 93 31 16 47						

VIOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE



LUMIÈRE DIVINE

Spécialités ophtalmologiques

Cliniques et Chirurgicales

3269 Av. Pya Totsi, (A 100m du TOTAL Totsi)

rond point face à la Mosquée)

Tél. : 93 39 87 02 / 22 25 78 98

AUT. N° 069/2015/MS/CAB/SG

Lomé - TOGO

Lomé, le 12/6/20

CORRECTION OPTIQUE

NOM et PRENOMS M. DOWIJI Fouad

Vision de Loin

OD : $+1,50 (-0,50) 85^\circ$

OG : $+2,00 (-0,75) 110^\circ$

Vision de Près

OD :

Add + 3,00

OG :

D. AFOLABI YAZID SAVAGE
Ophtalmologiste
Clinique Ophtalmologique
Lumière Divine
Tél: 92 50 91 01 / 22 25 78 98
Lomé - TOGO



Progressifs



Bifocaux



Antireflets



Superantireflets



Photographs



Teintes

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

 LUMIERE DIVINE

Spécialités ophtalmologiques
Médicales et Chirurgicales

3269 Av. Pya Totsi, (A 100m du TOTAL Totsi
rond point face à la Mosquée)
Tél. : 93 39 87 02 / 22 25 78 98
AUT. N° 069/2015/MS/CAB/SG
Lomé -TOGO

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail - Liberté - Patrie

Lomé, le..... 12/06/20.....

Nom et Prénoms DOLABI YAZID Fouad

ANALYSES MEDICALES

Explorations Complémentaires

OD : +1,00 (-1,00) 95

.....

OS : +1,75 (-1,50) 90

.....

10,0
9,3

.....

- Pachymétrie

.....

- Kératométrie

.....

- Echo A

.....

- Champ Visuel Automatisé

.....

- Laser YAG

.....

- OCT

.....

- Autres

Dr. AFOLABI YAZID SAVAGE
Ophtalmologist
Clinique Ophthalmologique
Lumière Divine
Tél: 92 50 91 01 / 22 25 78 98
Lomé -TOGO

.....

Veuillez rapporter ce bulletin à chacune de vos consultations
Veuillez prendre RDV au 93 39 87 02 / 22 25 78 98

Divine Optique

Opticienne Optométriste

Fait à Lomé le 26 Juin 2020.

CLIENT ; MR DOUIJI Fouad

Service offert : Vente d'équipements Optiques

<u>Désignation</u>	<u>Quantité</u>	<u>Prix unitaire</u>	<u>Prix Total</u>
Monture	01	100000	100000
Verres Progressifs blanc AR	02	125000	250000
TOTAL			350000

Arrêter la présente facture à la somme **de Trois cents cinquante mille Francs CFA**

La Directrice

Divine Optique Sarl U
Mme NICOUÉ G. Pélagie
Cel: 00222 4254 / 93 31 16 47
La Gérante

Mme. Pélagie NICOUÉ