

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

ditions 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.

armacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

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.

adie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6810 Société : 85826

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GIRUCHA Ayman

Date de naissance : 18/6/

Adresse : Riad du Soleil

Tél. : 06 78 78 33 39 Total des frais engagés : 1200 + 300 = 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Soumaya CHERIFI HASSAN!

OPHTHALMOLOGISTE

Rue Okba ibnou Nafî Ben Rached

Tel: 0522 22 49 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 SEP 2021

Nom et prénom du malade : GIRUCHA Ayman Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Améthystie

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) :

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
23 SEP. 2021	2		300.00	DR. HASSAN Rue Okba Ben Nasser Tunis 10052 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OY CONTAC	27/09/2024	1.200,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

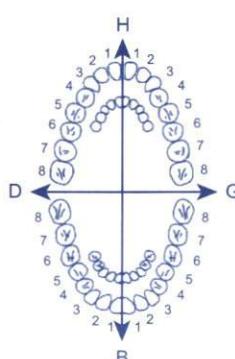
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



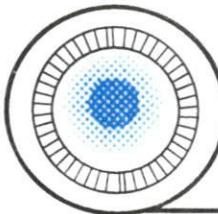
[Création, remont, adjonction]

7 Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 8A121

Berrechid, le

27/09/2021

Client : M. GRUCHA Ayman

Code	Description	Total
408	Réf. Vif de lun	260
408	Vers temps d'automne	260
	e velue	70
	RH	1200
	D -1,00 (2,00 à 5°)	
	OR -1,00 (1,00 à 165°)	
	Cy	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		
Huit cent douze DH		

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1 er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زقة عقبة بن نافع

الطريق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le
23/09/2021

Mr. GRUCHA Ayman

**Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets**

OD = - 1.00 (- 2.00 à 5°)

OG = - 1.25 (- 1.50 à 160°)

**Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba ibnou Nafii Berrechid**

1 ml NABAK : collagène

1 goutte 3 fois/jr , ODG

**Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI;
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba ibnou Nafii - Berrechid
Tél.: 0522 32 48 47**