

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.

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.

dentaire :

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 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

Dos n°
10603 .

Déclaration de Maladie : N° P19-0007228

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AZIZ BOUCHAIB Date de naissance : 04-08-57

Adresse : HAÏDOUNI

Tél. : 0664074077 Total des frais engagés : 183 EUR Dhs

LES OPTICIENS CONSEILS

Cadre réservé au Médecin

Agree Sécurité Société n° 75 CM 3975

n° 752600155
130, rue de Rivoli
75001 PARIS
: 01 42 36 77 58

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/09/2019

Nom et prénom du malade : AZIZ DRIEM Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : hypermétropie + a myopie

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LES OPTICIENS CONSEILS (56)

130 RUE RIVOLI
75001 PARIS
Tél. 01.42.36.77.58 Fax 01.42.36.20.58
Agr. 750M3975
Siren 81485498000046
ID 752600155
COM FR52814854980

Carte de vue
AZIZ Meriem

Vos corrections :

LES OPTICIENS CONSEILS (56)
130 RUE RIVOLI
75001 PARIS
Tél. 01.42.36.77.58 Fax 01.42.36.20.58
Agr. 750M3975
Siren 81485498000046
ID 752600155
COM FR52814854980

Mme AZIZ Meriem
5 rue desire leon
93140 BONDY
N° SS : 29401 /
Date de Naissance : 05/01/1994

VOTRE FACTURE N° 20202020 Du 08/11/2019
Exemplaire à conserver

| Article | TVA | Qte. | Prix Brut | Total Net |
|-------------------------------------|------------|------|---------------|--------------|
| Dossier N° 41521/1 | | | 183,80 | 183,80 |
| BIOFINITY TORIC XR (6) COOPERVISION | | 1 | 183,80 | 183,80 |
| Acompte versé | 183,80 EUR | TVA | Tot. Brut TTC | 183,80 EUR |
| Solde | 0,00 EUR | 1 | 20,00 | 183,80 EUR |
| | | 2 | 5,50 | |
| | | 3 | 19,60 | 1 205,65 FRC |

| | Sphère | Cyl. | Axe | Add | Diam | Rayon | Acuit |
|----|--------|------|-----|-----|------|-------|-------|
| OD | | | | | . | | . |
| OG | | | | | : | | : |



LES OPTICIENS CONSEILS

Agréé Sécurité Sociale n° 75 OM 3975

n° 752600155

130, rue de Rivoli

~~75001 PARIS~~

1142367759

LES OPTICIENS CONSEILS (56) - 130 RUE RIVOLI
Agré. 750M3975 Siren 81485498000046

-75001 PARTS

Tél. 01.42.36.77.58 / Fax 01.42.36.20.58

Mme AZIZ Meriem - 5 rue desire leon - 93140 BONDY
FACTURE N° 43435 - 08/11/2019 - Doss.N° 41521 - Ophtalmo GROUPE HOSPITALIER

- N°SS 29401 /
- I.D. 75010023 - Date ordo. 26/09/2019

| Article | | | LPP | C.tva | Qte. | Base RO | Rbrt. RO | Prix Brut | Total Net |
|--|------------|------|----------|--------|-----------------|---------|----------|------------------|------------------|
| Dossier N° 41521/ 1 BIOFINITY TORIC XR (6) COOPERVISION | | | HORS LPP | | 1 | 2 | | 183,80 183,80 | 183,80 183,80 |
| Acompte versé | 183,80 EUR | Ctva | Tx TVA | Mt TVA | Total Brut H.T. | | | 153,17 EUR | |
| Solde | 0,00 EUR | 1 | 20,00 | 30,63 | Total Net | | | 183,80 EUR | |
| Part SS | | 2 | 5,50 | | Total FRC | | | 1 205,65 FRC | |

* * * FACTURE ORIGINALE ACQUITTEE * * *

LES OPTICIENS CONSEIL S

Agréé Sécurité Sociale n° 75-OM-2026

n° 75260 AT 58

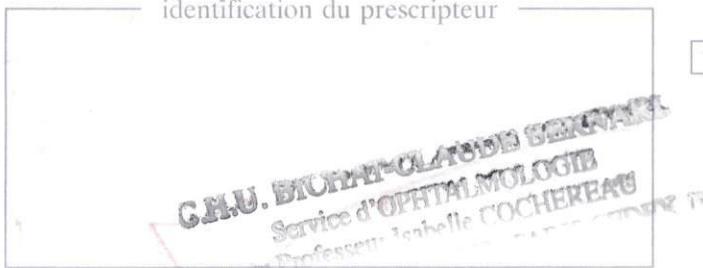
130 Rue de Rivoli

75001 PARIS

15001 PARIS

prescription lentilles de contact

Identification du prescripteur



bénéficiaire des soins : nom, prénom

exonération du ticket modérateur

ALD

$K > 50$

AT/MP

AUTRE

date de l'ordonnance

26-9-2019

transmission électronique
de l'ordonnance

à remplir si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique par le prescripteur

| | | | | |
|----------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | assuré - n° d'immatriculation | <input type="text"/> | organisme de rattachement |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | bénéficiaire - n° d'immatriculation | <input type="text"/> | à défaut, date de naissance |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | exécutant - n° d'identification | <input type="text"/> | date d'exécution de l'ordonnance |

Je certifie que les conditions médicales ¹ de prise en charge prévues au Titre II chapitre 2 du Tarif interministériel des prestations sanitaires **sont remplies** par le patient pour les lentilles prescrites ci-dessous :

Levile de Corvoz negl
duplicata



signature du prescripteur

signature de l'exécutant

635.11.98

kératocône, astigmatisme irrégulier, myopie de l'ordre de 8 dioptries, aphakie, anisométropie à 3 dioptries non corrigéable par des lunettes, strabisme accommodatif.