

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

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

MUPRAS :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



Déclaration de Maladie

N° W19-468542

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1752 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MENNANI Ahmed

Date de naissance : 21-01-1951

Adresse : 5 Imm. 56 Hay Nakhla, Casablanca

Tél. : 06 22 62 95 72 Total des frais engagés : Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

RAREAU
Cherif

Date de consultation :

06/01/19

Nom et prénom du malade : Age:

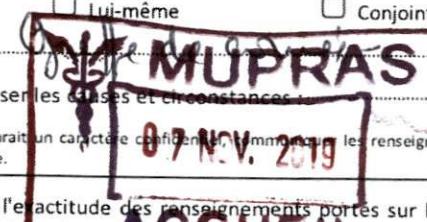
Lien de parenté :

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le 01-01-19

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
21/01/19	APC	1		INP : SERVICE D'OPHTALMOLOGIE Professeur P.J. PISELLA Hôpital Bretonneau - 37044 TOURS CEDEX 9 Tél. 02 47 47 47 83

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
5 OCT. 2019 PHARMACIE DE LA POSTE Troyes 452003486 J. Marc FRANCHI Poste	15.10.19 15.10.19	16,68 34,98 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
5 SERVICE D'OPHTALMOLOGIE Professeur P.J. PISELLA Bretonneau - 37044 TOURS CEDEX 9 Tél. 02 47 47 47 33	ex mal 19	ATLY 8,5	ADC 1		

RELEVÉ 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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chef de Service

Pr Pierre-Jean PISELLA
Secrétariat : 02-47-47-87-66
Fax : 02-47-47-80-61

Praticiens Hospitaliers

Dr Sophie ARSENE
Secrétariat : 02-47-47-92-04

Dr Emmanuelle LALA

Secrétariat : 02-47-47-47-34

Dr Marie-Laure LE LEZ

Secrétariat : 02-47-47-92-03

Dr Samuel MAJZOUB

Secrétariat : 02-47-47-47-34

Fax : 02-47-47-84-42

Dr Jean RATEAU

Secrétariat : 02-47-47-47-34

Dr Guillaume VANDERMEER

Secrétariat : 02-47-47-92-04

Chefs de Clinique

Dr Ammar EL AMEEN

Secrétariat : 02-47-47-92-03

Dr Sophie NIEUWJAER

Secrétariat : 02-47-47-92-04

Assistant Spécialiste

Dr MANSOURI Abdeldjalil

Secrétariat : 02-47-47-92-03

Anesthésiste

Dr Jean-Marc SEREKIAN

Tel : 02-47-47-92-09

CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES

Pathologie de surface oculaire :

P-J. Pisella

Cornée - Chirurgie réfractive :

P-J. Pisella, J. Rateau, G. Vandermeer, A. El Ameen

Cataracte :

P-J. Pisella, E. Lala, M.L. Le Lez, S. Majzoub, J. Rateau, A. El Ameen, A. Mansouri, S. Nieuwjaer, G. Vandermeer

Strabisme - Ophtalmopédiatrie :

S. Arsène, E. Lala, S. Nieuwjaer

Chirurgie Ophtalmopédiatrique :

E. Lala, S. Majzoub

Glaucome :

P-J. Pisella, S. Majzoub, G. Vandermeer

Rétine médicale et chirurgicale :

S. Arsène, M.L. Le Lez, S. Majzoub,

A. El Ameen, S. Nieuwjaer, A. Mansouri

Paupières - Voies lacrymales - Orbite :

S. Majzoub, A. El Ameen, A. Mansouri

Explorations Fonctionnelles :

S. Majzoub, M.L. Le Lez

Contactologie

Consultations externes - RDC B3

Accueil téléphonique

02-47-47-47-33

Poste infirmier

02-47-47-47-47 Poste 7.2026

Programmation

02-47-47-36-32

Explorations Fonctionnelles

02-47-47-47-34

Fax : 02-47-47-84-42

Cadre de Santé 02-47-47-60-19

Chirurgie ambulatoire 4^{ème} étage B2A

Poste infirmier 02-18-37-06-97

Cadre de Santé 02-47-47-60-27

Circuit Court 2^{ème} étage B2A

Poste infirmier 02-47-47-60-39

Cadre de Santé 02-47-47-60-27

Hospitalisation complète 3^{ème} étage B3

Poste infirmier 02-47-47-38-95

Cadre de Santé 02-47-47-38-92

PHARMACIE DE LA POSTE
452003486
J. Marc FRANCHI
DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

Code CIP 13



3400937477680

TOURS, le 15/10/2019

ORDONNANCE

Code CIP 13

3400937477680

Code CIP 13



- **DEXAFREE (DEXAMETHASONE PHOSPHATE (sodium) 0,1 % / ophtalmique) Collyre**

1 goutte 1 fois par jour dans l'oeil gauche

6 mois

- **GELTIM LP (TIMOLOL (maléate) 0,1 % ; voie ophtalmique) gel ophtalmique unidose**

1 application le matin dans les 2 yeux pendant 1 mois

12 mois

Code CIP 13



3400937068291

- **VISMED MULTI (hyaluronate de sodium 0,18%) collyre flacon 15 Gouttes ophtalmiques**

1 goutte 3 fois par jour pendant 6 mois

6 mois

1130160
Solution hyaluronate sodium 0,18%
VISMED MULTI
Flacon 15 ml, B/1
Horus Pharma

Code CIP 13



3400937068291

Part 3 mois à l'étranger

M



N° FINESS



370000861

Docteur RATEAU Jean

Ophtalmologiste

N° RPPS



10002027125

Merci d'adresser toute votre correspondance à :
Secrétariat Ophtalmologie

Hôpital Bretonneau - CHRU de TOURS - 37044 TOURS Cedex 9 – Tel : 02.47.47.47.47

QUITTANCE

C.H.R.U. DE TOURS
2, Boulevard TONNELLE
37044 TOURS Cedex 9
N° FINESS : 370000481

N° d'étiquette 150175041 N° Quittance 13688 Emis le : 08/10/2019
Régie : 6 - REGIE CENTRALE CE
Poste régie : 5
Quittancier : 10

M Nom : MENNANI
A Né(e) : MENNANI
L Prenom : AHMED
A Né(e) le : 01/01/1951 A :
D Adresse : 5 , D RUE HONORE DE BALZAC C H
E Z MR MME MENNANI

DESTINATAIRE

MENNANI AHMED
5 , D RUE HONORE DE BALZAC C H
Z MR MME MENNANI

45100 ORLEANS
France

45100 ORLEANS
France

Entré(e) le : 08/10/2019
Sorti(e) le : 08/10/2019

Hors dispositif psc : X

A Nom/Prenom :
S CPAM : N° SS :
S Mutuelle : N° mutuelle :

FRAIS EXTERNES

Date	Libellé	(Tarif)	(Coeff.)	Nb de jours ou UF Nb d'actes	PSC	Tarif	Taux	Montant
08/10/2019	BFPP001_1_0_2 ADC 1			1	1450 X	83,60	100	83,60 EUR
08/10/2019	Acte orthoptiste	AMY 8,5		1	1450 X	2,60	100	22,10 EUR
TOTAL :								105,70 EUR

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE

(*)Montant incluant la TVA

Cachet de l'hôpital :

