

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



Déclaration de Ma

N° W19-571324

46798

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2887

Société : REFORME

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : AMRABOU Abde IKader

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : 15 - RUE NISINE - COSE

Tél. : (05) 22 27 61 67

Total des frais engagés : \$ 488.00 US DOLLARS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 SEP, 2020

Nom et prénom du malade : BARHOUNI Saadia

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie : LUNETTES DE VUE

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS  
05 NOV. 2020  
ACCUEIL



RELEVÉ 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
14/09/2020	visite		\$ 80.00	INP : <input type="text"/>  US d5425
06/10/2020	Lune Hg (Coke + verres)		\$ 408.00 =	

[illegible]

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaille des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

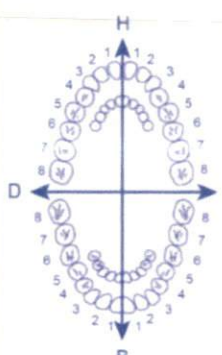
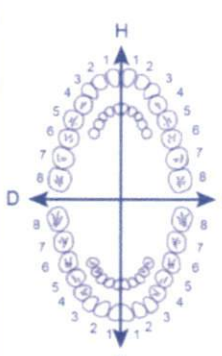
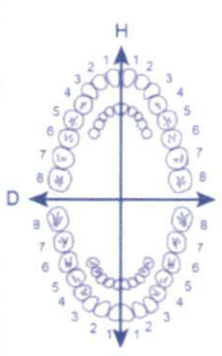
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS														
<b>DATE DU DEVIS</b>																		
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT



# BRADENTON EYE CLINIC

**Liaquat Allarakhia, M.D.**

Diseases & Surgery of the Eye

4812 26th Street West, Bradenton, FL 34207  
941/727-EYES (3937) • FAX 941/727-7001

NAME

SAADIA BARZITOUNI

DATE

9/14/20.

AGE

ADDRESS

	Sphere	Cylinder	Axis	ADD	Prism	Acuity
R	plano	+1.50	100	+2.50		20/50
L	+0.50	ph		+2.50		20/25-

Special Instructions:

VU+00

PAU

*[Signature]*

M.D.

R0997-11

Give us feedback @ survey.walmart.com  
Thank you! ID #: 7PB4ZJ0WZLN

**Walmart** \*

941-798-9341 Mgr: PATRICK  
5315 CORTEZ RD W  
BRADENTON FL 34210

ST# 01004 OP# 000269 TEN 98 TR# 02062

\*\*SUSPEND ITEMS FOLLOW\*\*

ORDER NUMBER 1272242

OPTICAL	805367223474H	168.00 N
POLY LENS	068113106084H	120.00 N
POLY LENS	068113106084H	120.00 N

\*\*SUSPEND ITEMS COMPLETE\*\*

SUBTOTAL 408.00

TOTAL 408.00

VISA TEND 408.00

VISA CREDIT \*\*\*\* \* 6907 I 2

APPROVAL # 06974C

REF # 028000717612

TRANS ID - 300280752980953

VALIDATION - 2DHP

PAYMENT SERVICE - E

AID A0000000031010

AAC 44D1F527F8462287

TERMINAL # SC010855

10/06/20 16:55:00

CHANGE DUE 0.00

# ITEMS SOLD 3

TC# 1261 6257 6228 1666 6747 6



**Introducing Walmart+**

Join today at [walmart.com/plus](http://walmart.com/plus)

10/06/20 16:55:01

\*\*\*CUSTOMER COPY\*\*\*

**Lifetime adjustments and cleanings**

Walmart provides complimentary

**Walmart** \* Vision Center

BARHOUMO, SAADIA

Walmart Vision Center

BRADENTON (941) 761-0419

Assoc: MELISSA F.

TRAY # 01173

ETA: 10/14/2020

Thank You For Choosing

Walmart Vision Center!

# Walmart

## Vision Center

5315 CORTEZ RD W  
BRADENTON, FL 34210  
(941) 761-0419

BARHOUMO, SAADIA

4440 FAIRWAYS BLVD APT 108  
BRADENTON, FL 34209-8023  
H(941) 735-6999  
W

Order # : 1272242  
Order Date : 10/06/2020  
Assoc : MELISSA F.  
Tray # : 01173

R 68113106084	120.00	verle
NL POLY ZEISS HD2 PF UV4		
L 68113106084	120.00	verle
NL POLY ZEISS HD2 PF UV4		
*****	168.00	cadre
0RX5228-5405BLACK		

PRE-TAX TOTAL: 408.00

# Walmart

Save money. Live better. <sup>SM</sup>



# CONSULTATION

BRADENTON EYE CLINIC INC  
4812 26TH STREET WEST  
BRADENTON, FL 34207  
PHONE #(941) 727-3937  
MEDICAL FEE

Merchant ID: 19126399

## Sale

XXXXXXXXXXXX6907

VISA

Entry: Swiped

Total: \$ 80.00

09/14/20

16:02:03

Inv#: 000010 Appr Code: 02154C

Acqrvd: Online Batch#: 000368

Customer Copy  
THANK YOU!

WELCOME AGAIN!