

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

46798

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2887

Société :

REFORME

Actif

Pensionné(e)

Autre : ABDELAZIZ

Nom & Prénom :

AMRAOUI

Abdelkader

Date de naissance :

01-01-1954

Adresse :

15 - RUE NISNINE - CASABLANCA

Tél. :

(05) 22 27 61 67

\$ 488.00

Total des frais engagés : US DOLLARS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

14 SEP, 2020

BARHOUNI Saâdiaz

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

LUNETTES JE 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 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) :

Le : 15/10/2020

MUPRAS  
ACCUEIL

#### **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
14/19/2020	Visite		\$ 80.00	INP : _____
06/10/2020	Luxation (cadre + varicose)		\$ 408.00	VS dsm255

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT



# BRADENTON EYE CLINIC

Liaquat Allarakha, M.D.

Diseases & Surgery of the Eye

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

NAME

SAADIA BAIZITOUH | DATE 9/14/20 | AGE \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

	Sphere	Cylinder	Axis	ADD	Prism	Acuity
R	+0.00	+1.50	100	+2.50		20/50
L	+0.50 sph			+2.50		20/25 -

Special Instructions:

VV+00  
PAI

L Gloc

M.D.

R0997-11

Give us feedback @ [survey.walmart.com](http://survey.walmart.com)  
Thank you! ID #: 7PB4ZJBWZLH



941-798-9341 Mgr: PATRICK  
5315 CORTEZ RD W  
BRADENTON FL 34210  
ST# 01004 OPH 000269 TEL 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 A00000000031010  
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  
cleanings and lifetime  
adjustments.

**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	verfe
NL POLY ZEISS HD2 PF UV4		
L 68113106084	120.00	verfe
NL POLY ZEISS HD2 PF UV4		
*****	168.00	cadre
ORX5228-5405BLACK		

PRE-TAX TOTAL: 408.00

# Walmart



Save money. Live better. SM

# 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

Anorud: Online Batch#: 000368

Customer COPY

THANK YOU!

COME AGAIN!