

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.



Déclaration de Maladie
M23-009485

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3395 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUAFI EL HASJANE

Date de naissance : 09/07/61

Adresse : 6- Hing n°9 170427

Tel : 06 61 15 02 70 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:.....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

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'El
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

Melissa B. Goyer Opticienne Inc.

2999, Autoroute 440

Laval, Qc H7P 5P4

(450) 681-0806

19/07/23

99.99
349.99

449.98

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

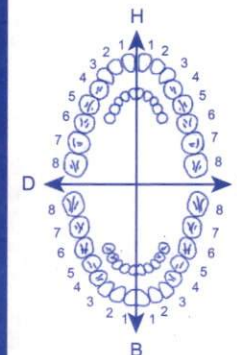
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

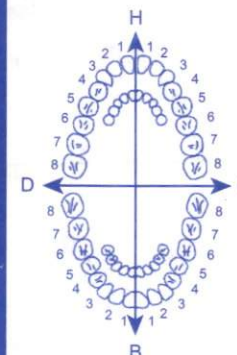
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT230321160626

23 juin 2023

Mr BOUAFI El Hassane

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :


OD = + 0.25 (- 0.50 à 105°)

OG = (- 0.75 à 74°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50




Dr. Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie
18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
Email : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

OPTI-CLUB

Mélissa B.Goyer Opticienne Inc.

TVQ : 1224 996 825 TQ0001

DATE DE FACTURE / INVOICE DATE
7/19/23

No DE FACTURE / INVOICE NO.
14716159 2023

No PROFIL / PROFILE NO.
00035397770

No MEMBRE / MEMBER NO.
111971356059

SERVICE D'OPTIQUE / OPTICAL DEPT.
505 LAVAL
2999 AUTOROUTE LAVAL 440
LAVAL, QC H7P 5P4
450 681-0806

PATIENT
BOUAFI, EL HASSANE
11850 RUE GUERTIN
MONTREAL, QC H4J 1V6
514 515-9423

** ACOMPTE **

DOCTEUR / DOCTOR El Ikhlooufi	Rx DATE 6/23/23	Rx EXP. 6/23/25	OPTICIEN / OPTICIAN HOK	ÉTUI / CASE
LUNETTES / EYEGLASSES				
DIST. D/R G/L	SPHERE +.250 -.500 -.750	CYL. -.500 -.750	AXE / AXIS 105 74	
ADD D/R G/L	ADD 2.50 2.50	SEG. 30.0 30.0	PD DIST./DIST. PD 31.5 34.0	
INSTRUCTIONS SPÉCIALES / SPECIAL INSTRUCTIONS				
PROMO OFFERT TRANS GRIS GAR OK				
Source montu INCLUS				
QUANT. / ARTICLE / QTY ITEM	DESCRIPTION	PRIX UNI. / UNIT PRICE	PRIX GLOB. / EXTENSION	
1	C+s Cs-720 Fmr 22-00 1 53-19-140	99.99	99.99	
1	Trans1.60 Freedom 4.0 +d+ Gris Avec A/r Bleu COSTCO OPTICAL CN LAB	349.99	349.99	
4116	Encaisse Depot Optique		449.98	
		TOTAL:	449.98	
		SOLDE Dû:		

IMPRESSION / SLIP PRINT

D'IMPRESION DES RECUS

* MEMBRE: 111971356059

NO COMMANDE OPTIQUE 0025434595201

ENC. DP OPT 449.98

SOUS-TOTAL 449.98

TAXE 0.00

**** TOTAL 449.98

Comptant 500.00

Arrondissement 0.02-

MONNAIE 50.00

NOMBRE D'ARTICLES VENDUS= 0

CAISSIER(ère): Kerry Ho - Opti
2023/07/19 15:04:51 505 71 64 807

Ident. de Caisse

9100254345952018



PATIENT



PT230321160626

23 juin 2023

Mr BOUAFI El Hassane

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.25 (- 0.50 à 105°)

OG = (- 0.75 à 74°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50


Dr Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - INPE : 061280304
Email : ophtalmologie@cliniquestendhal.com