

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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-811065

174762

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0601 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AHOUN ABDELALI

Date de naissance : 1-1-1947

Adresse : 8199 apt 301 Rue Rousselot H2E 727
Moutuel - Casablanca

Tél. : 1514441604 Total des frais engagés : 399,98 \$/ 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 :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, joindre les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

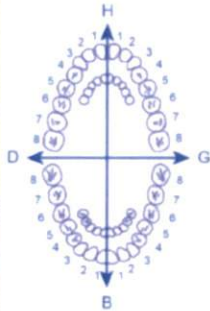
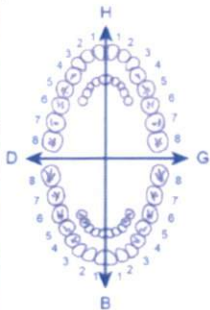
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTI-CLUB

Mélissa B.Goyer Opticienne Inc.

TVQ : 1224 996 825 TQ0001

DATE DE FACTURE / INVOICE DATE
7/12/23

No DE FACTURE / INVOICE NO.
14369034 2023

No PROFIL / PROFILE NO.
00032432313

No MEMBRE / MEMBER NO.

SERVICE D'OPTIQUE / OPTICAL DEPT.
527 MARCHE CENTRAL
1015 RUE DU MARCHE CENTRA
MONTREAL, QC H4N 3J8
514 381-3965

PATIENT
FARAJ, LAILA
8195 RUE ROUSSELOT APT 301
MONTREAL, QC H2E 1Z7
514 442-1604
514 442-1604

** ACOMPTE **

DOCTEUR / DOCTOR Viviane Nguyen	Rx DATE 7/12/23	Rx EXP. 7/12/24	OPTICIEN / OPTICIAN SAA	ÉTUI / CASE
LUNETTES / EYEGLASSES				
DIST. D/R G/L	SPHERE +2.250 +2.250	CYL. -1.000 -.250	AXE / AXIS 65 103	
ADD D/R G/L	ADD 2.75 2.75	SEG. 23.0 23.0	PD DIST./DIST. PD 28.5 29.5	
INSTRUCTIONS SPÉCIALES / SPECIAL INSTRUCTIONS				
Source montu INCLUS				
QUANT. / ARTICLE / QTY ITEM	DESCRIPTION	PRIX UNI. / UNIT PRICE	PRIX GLOB. / EXTENSION	
1	D.studio Ds4005 Fwp 22-00 C20 51-17-140	99.99	99.99	
1	1.60 Freedom 4.0 +r+ Avec A/r Bleu COSTCO OPTICAL CN LAB	299.99	299.99	
4116	Encaisse Depot Optique		399.98-	
TOTAL:			399.98	
SOLDE Dû:				

IMPRESSION / SLIP PRINT

Ident. de Caisse

9100254109524017

OPTI-CLUB
Mélissa B. Goyer Opticienne Inc.
Paiement final et complet

12 JUL. 2023

Par: SAA

PATIENT

- ☐ Dr Antranik Allahourian, Optométriste – Lic.: 321301
- ☐ Dr Gabriel Fanous, Optométriste – Lic.: 321315
- ☐ Dre Samar Farhat, Optométriste – Lic.: 321212
- ☐ Dre Amanda Gerbasi, Optométriste – Lic.: 321819
- ☐ Dre Jessica Hackenbroch, Optométriste – Lic.: 321320
- ☐ Dre Thi Quynh Nga Pham, Optométriste – Lic.: 321335
- ☒ Dre Viviane Nguyen, Optométriste – Lic.: 398026
- ☐

Optométristes

1015 RUE DU MARCHÉ CENTRAL
MONTREAL (QC) H4N 3J8

TÉL.: (514) 381-3965

Nom ALLA FARAS

Adresse

Date 12/7/23 Date nais: 1/1/57 ^{6/15}

R

OD +225 - 100 x 065
OS +225 - 025 x 103 ^{6/15}
ADD
+225
1 am

Validité :



MELISSA GOYER OPTI W527
1015 DU MARCHE-CENTRAL
RU
MONTREAL QC

CARTE *****5400
TYPE CARTE INTERAC
TYPE COMPTE CHEQUE
DATE 2023/07/12
HEURE 0740 12:12:12
NO FACTURE 14367894
NUMERO DU RECU
C84157369-001-001-971-0

ACHAT
TOTAL

\$619.96

Interac

A0000002771010
ECC29AE6F1FE9652
0080008000-E800
9D14BDC46F83C1EE
0080008000-EC00

APPROUVEE

NO AUTOR 3F4D30 00-001
MERCI

COPIE DU TITULAIRE