

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W21-810763

174763

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0601 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre RETRAITE
 Nom & Prénom : ANOUN ABDELAHI
 Date de naissance : 1-1-1947
 Adresse : 8199 apt 301 Rue Rousselot H2E1777
 Montréal, Canada.
 Tél. : 1514 442 1604 Total des frais engagés : 219.90 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

Age :

☐ 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOILET ADHÉ

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

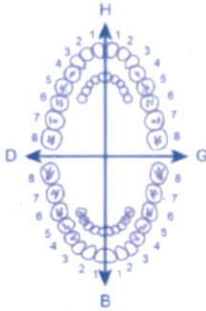
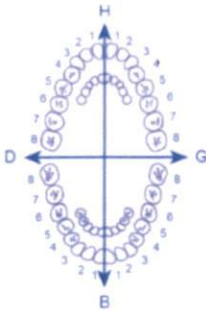
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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'O.D.F.

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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	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.
14367894 2023

No PROFIL / PROFILE NO.
00033432731

No MEMBRE / MEMBER NO.
111907318032

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

PATIENT
ANOUN, ABDELALI
8199 RUE ROUSSELOT
MONTREAL, QC H2E 1Z7
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.	SPHERE	CYL.	AXE / AXIS	
D/R	-.250	-.500	85	
G/L	B			
ADD	ADD	SEG.	PD DIST./DIST.	PD
D/R	2.50	15.0	29.5	
G/L				

INSTRUCTIONS SPÉCIALES / SPECIAL INSTRUCTIONS				
BIFOCAL PREMIER BIFOCAL				
Source montu FOURNI				

QUANT. / ARTICLE / QTY ITEM	DESCRIPTION	PRIX UNI. / UNIT PRICE	PRIX GLOB. / EXTENSION
1	Ks Ks557t Fmt 19 06 1 53-17-140	89.99	89.99
1	Poly Bifocal St28 Avec Anti-reflet COSTCO OPTICAL CN LAB	129.99	129.99
4116	Encaisse Depot Optique		219.98-
TOTAL:			219.98
SOLDE Dû:			

IMPRESSION / SLIP PRINT

Ident. de Caisse

9100254109509014

OPTI-CLUB

Mélissa B. Goyer Opticienne Inc.
Païement 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 ABRAHAM ANTON

Adresse.....

Date 12/1/23 Date nais.: 1/1/47

R OD -025-0500 085

os balance ADD
+250

Validité : 1 an

[Signature]