

## 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.

### Adresses Mails utiles

- |   |                     |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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'Horod - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

N° W21-811373

174764

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6601	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	RETRAITE
Nom & Prénom :		ANOUN ABDE CACI	
Date de naissance :		1-1-1947	
Adresse :		8199 apt 301 Rue Rousselet 118127 NOIX TRAFC CAHA DTA	
Tél. :		15114421601 Total des frais engagés : 120 \$ Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Enjoint
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 : .....	



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)														
				<b>INP :</b> <input type="text"/>														
				<b>Coefficient des Travaux</b> <input type="text"/>														
				<b>Montants des Soins</b> <input type="text"/>														
				<b>Début d'Execution</b> <input type="text"/>														
				<b>Fin d'Execution</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21430552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-----</td> <td style="text-align: center;">-----</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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21430552	00000000	00000000	-----	-----	00000000	00000000	35533411	11433553	B	G
H	G																	
25533412	21430552																	
00000000	00000000																	
-----	-----																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	G																	
				<b>Coefficient des Travaux</b> <input type="text"/>														
				<b>Montants des Soins</b> <input type="text"/>														
				<b>Date du Devis</b> <input type="text"/>														
				<b>Date de l'Execution</b> <input type="text"/>														



## Facture pour les services non assurés.

ANOUN ABDELALI  
301-8199 ROUSSELOT  
MONTREAL, Quebec  
H2E1Z7Page 1  
Facture: 29026  
Client: 16403  
Docteur: MULADZANOV DRE. ALLA (20951)  
Date: 2023-07-20 15:06:17

Date	Description	Unit cost	Quantity	Total	
2023-07-20	Température corporelle	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	Lentimétrie	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	AR (OPD III); Réfraction automatisée	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	AV sc (dist): Acuité visuelle de loin sans correction	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	AV cc (dist): Acuité visuelle de loin avec lunettes actuelles	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	BCVA (AR) (dist): Best Corrected Visual Acuity ( AR ) de loin	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	TIO Tension Intra-Oculaire par Tonopen ( Rx: Alcaïne 1% )	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	Pupilles: Ne pas dilater ( Rx: Alcaïne permis	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	ZEISS HVF (STATIQUE) 24-2	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	ZEISS CLARUS 700 Photo couleur WF	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	ZEISS OCT 6000: RÉTINE (Macular Cube 512 x 128)	80,00\$	1	80,00\$	NT
2023-07-20	ZEISS OCT 6000: NERF OPTIQUE ( Optic Disc Cube 200 x 200)	40,00\$	1	40,00\$	NT
2023-07-20	ZEISS OCT 6000: WIDE ANGLE TO ANGLE	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	ZEISS OCT 6000: PACHYMETRY	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	COVID Questionnaire	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	RC ( Raison de consultation/ TYPE de RDV)	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	Hx ( Histoire )	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	ATCD ( Mx/ Chx/ Fam)	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	Allergies	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	Rx ophthalmique	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	Rx autre	0,00\$	1	0,00\$	NT
2023-07-20	FRAIS CONSULTATION AVEC OPHTALMO	0,00\$	1	0,00\$	NT

Note :

N.B. Lorsque la Régie est d'avis qu'un professionnel de la santé ou un tiers a exigé paiement d'une personne assuré à l'encontre de la Loi sur l'assurance maladie, alors que rien dans les règlements ou les ententes ne le permet, elle rembourse à la personne assuré la somme ainsi versé et en avise par écrit le professionnel de la santé ou tiers.



# CLINIQUE OPHTALMO MTL

CABINET DE MÉDECINS-CHIRURGIENS  
SPECIALISÉS EN SOINS OCULAIRES  
WWW.OPHTALMOLOGISTE.CA

OphtalmoMTL  
8560 rue St-Hubert, Suite 420,  
Montréal, QC H2P 1Z7  
Tel: 514-312-9389  
Fax: 514-316-9389

## Facture pour les services non assurés.

ANOUN ABDELALI  
301-8199 ROUSSELOT  
MONTREAL, Quebec  
H2E1Z7

Page 2

Facture: 29026

Client: 16403

Docteur: MULADZANOV DRE. ALLA (20951)

Date: 2023-07-20 15:06:17

	<b>Sub-total:</b>	120,00\$
	<b>Total:</b>	120,00\$
2023-07-20	<b>Paid DEBIT :</b>	120,00\$
	<b>Balance:</b>	<b>0,00\$</b>

N.B. Lorsque la Régie est d'avis qu'un professionnel de la santé ou un tiers a exigé paiement d'une personne assuré à l'encontre de la Loi sur l'assurance maladie, alors que rien dans les règlements ou les ententes ne le permet, elle rembourse à la personne assuré la somme ainsi versé et en avise par écrit le professionnel de la santé ou tiers.

CLINIQUE OPHTALMO MTL  
420-8560 RUE ST-HUBERT  
MONTREAL, QC H2P1Z7  
5143129389

## VENTE DEBIT

IDM: 6589986

IDT: 001 No. REF: 00000017

No Lot: 201001 NRE: 00000017

07/20/23 15:06:49

CODE APPR: 1DF960

No Trace: 00108139

DEBIT/PAR DEFAUT Proximité

\*\*\*\*\*5400

**MONTANT** \$120.00

APPROUVE

Interac

AID: A0000002771010

TVR: 80 00 00 80 00

VOTRE COMPTE SERA DEBITÉ DU  
MONTANT CI-DESSUS  
VEUILLEZ CONSERVER CETTE COPIE  
POUR LA VÉRIFICATION DU RELEVÉ  
VÉRIFICATION

THANK YOU! / MERCI!

COPIE CLIENT