

## 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-811373

174764

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0601 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : ANOUN ABDECAI

Date de naissance : 1-1-1947

Adresse : 8199 apt 301 Rue Rousselet H2E127  
MONTREAL CANADA

Tél. : 1 514 442 1601 Total des frais engagés : 120 \$ 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, 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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



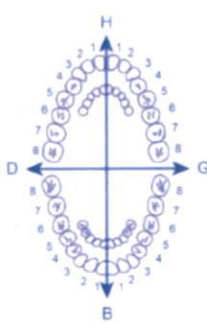
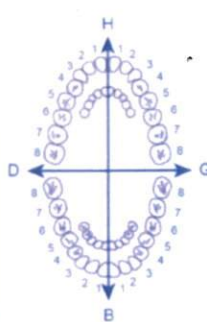
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# 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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP: 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# CLINIQUE OPHTALMO MTL

CABINET DE MÉDECINS-CHIRURGIENS  
SPÉCIALISÉS EN SOINS OCULAIRE  
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 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 ophtalmique	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 assurée 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 assurée la somme ainsi versée et en avise par écrit le professionnel de la santé ou tiers.



# CLINIQUE OPHTALMO MTL

CABINET DE MÉDECINS-CHIRURGIENS  
SPÉCIALISÉS EN SOINS OCULAIRE  
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

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

N.B. Lorsque la Régie est d'avis qu'un professionnel de la santé ou un tiers a exigé paiement d'une personne assurée 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 assurée la somme ainsi versée 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 DEFAULT

Proximité

\*\*\*\*\*5400

**MONTANT**

**\$120.00**

APPROUVE

Interac

AID: A0000002771010

TVR: 80 00 00 80 00

VOTRE COMPTE SERA DEBITE DU  
MONTANT CI-DESSUS  
VEUILLEZ CONSERVER CETTE COPIE  
POUR LA VERIFICATION DU RELEVÉ  
VERIFICATION

THANK YOU! / MERCI!

COPIE CLIENT