

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-766571

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 601 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ANOUN ABDELALI
 Date de naissance : 1-1-1947
 Adresse : 108 Rue RASK ELLEC Hay Mohammadi
 Tél. : 0760439878 Total des frais engagés : 379,99 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dre Yousra SENHAJI, OD
 Optométriste
 321739
 2999 AUTOROUTE 440
 LAVAL QC
 H7P 5P4
 TÉL.: (450) 681-0806
 Date de consultation : 22/07/2022
 Nom et prénom du malade : ANOUN ABDELALI
 Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cataractes + oedème du nerf optique gauche
 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) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

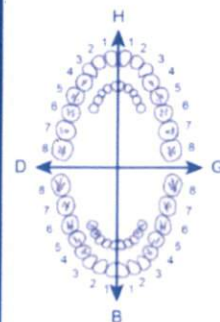
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

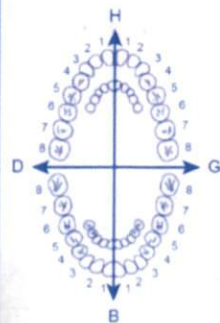
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

OPTI-CLUB

Mélissa B.Goyer Opticienne Inc.

TVQ : 1224 996 825 TQ0001

DATE DE FACTURE / INVOICE DATE
7/22/22

No DE FACTURE / INVOICE NO.
13555932 2022

No PROFIL / PROFILE NO.
00033432731

No MEMBRE / MEMBER NO.
111907318032

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

ANOUN, ABDELALI

PATIENT
ANOUN, ABDELALI
8199 RUE ROUSSELOT
MONTREAL, QC H2E 1Z7
514 442-1604

No Profil



ANOUN, ABDELALI

** RÉIMPRES. PAR POL **

DOCTEUR / DOCTOR Y Senhaji 505	Rx DATE 7/22/22	Rx EXP. 7/22/23	OPTICIEN / OPTICIAN PIM	ÉTUI / CASE
LUNETTES / EYEGLASSES				
DIST. D/R G/L	SPHERE -.500 -.250	CYL. -.500 -1.000	AXE / AXIS 70 83	
ADD D/R G/L	ADD 2.75 2.75	SEG. 18.0 18.0	PD DIST./DIST. PD 28.5 29.5	GRAND./EYE-SIZE DBL 54/16
INSTRUCTIONS SPÉCIALES / SPECIAL INSTRUCTIONS				
PREMIER PROGRESSIF NOM MONTURE POF T632 FIL NYLON OR GRANDEUR 54/16				
Source montu INCLUS				
QUANT. / ARTICLE / QTY ITEM	DESCRIPTION		PRIX UNI. / UNIT PRICE	PRIX GLOB. / EXTENSION
1 1149331	Trans 1.67freedom3.0droit Brun Avec Anti-reflet		349.99	349.99
1 305158	Charge Pof Standard Appliquer Depot Optique		30.00	30.00 379.99-
TOTAL:			379.99	
SOLDE Dû:				

IMPRESSION / SLIP PRINT

Ident. de Caisse



9100243578388022

No ET DATE DE FACT./INV. DATE & #
7/22/22 13555932 2022 STL
ENT./LOC.# 505

NOM DU PATIENT / PATIENT'S NAME
ANOUN, ABDELALI
DVI 412624

- ☐ Dre Elya Zahra Berboucha, Optométriste – Lic.: 321804
- ☐ Dre Arlette Cihanyan, Optométriste – Lic.: 321611
- ☐ Dre Andréanne Cormier, Optométriste – Lic.: 390011
- ☐ Dr Benoit Dallaire, Optométriste – Lic.: 395002
- ☐ Dre Nora Donabedian, Optométriste – Lic.: 385010
- ☐ Dr Gabriel Haddad, Optométriste – Lic.: 321750
- ☐ Dre Ioanna Papathanasiou, Optométriste – Lic.: 320932
- ☒ Dre Yousra Senhaji, Optométriste – Lic.: 321739
- ☐ Dre Angela Sun, Optométriste – Lic.: 320940
- ☐ Dre Christelle Zakkour, Optométriste – Lic.: 322040

Optométristes

2999 AUTOROUTE 440
LAVAL (QC) H7P 5P4

TÉL.: (450) 681-0806

Date

1 Nov 2022

M:

Abdelali ANOUN

REÇU LA SOMME DE:

☐

POUR EXAMEN VISUEL

\$

☒

AUTRE SERVICE PROFESSIONNEL

\$ 400

Formulaire

TOTAL

\$ 400

Signé:



, o.d.