

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-766577

☐ 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 West = CLIL Hayessah
 Tél. : 07 60 43 98 78 Total des frais engagés : 389,98 Dollars canadien

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Te 1514-3813965
 DR. AMANDA GERBASI, O.D. - Lic: 321819
 Melissa B. Gay opticienne Inc.
 Date de consultation : 20-01, 2022 1015 rue du Marché Central
 Nom et prénom du malade : Laila Faraj (Canada) Age: 71
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Début de cataractes
 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 : 11 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNBP 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

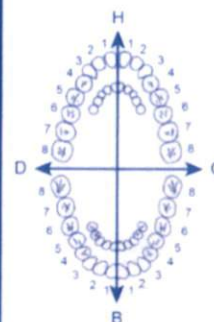
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

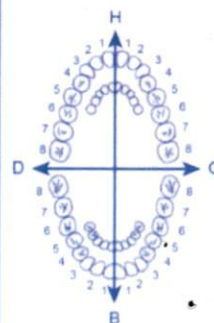
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
1/10/22

No DE FACTURE / INVOICE NO.
06059732 2022

No PROFIL / PROFILE NO.
00032432313

No MEMBRE / MEMBER NO.
111918626367

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

FARAJ, LAILA

FARAJ, LAILA

No Profil



** RÉIMPRES. PAR DIT **

DOCTEUR / DOCTOR Amanda Gerbasi	Rx DATE 1/10/22	Rx EXP. 1/10/23	OPTICIEN / OPTICIAN DOT	ÉTUI / CASE
LUNETTES / EYEGLASSES				
DIST. D/R +2.750 -1.000 70 G/L +2.750 -.500 95				
ADD D/R 2.75 26.0 29.0 G/L 2.75 26.0 29.5				
INSTRUCTIONS SPÉCIALES / SPECIAL INSTRUCTIONS				
Source montu FOURNI				
QUANT. / ARTICLE / QTY ITEM	DESCRIPTION	PRIX UNI. / UNIT PRICE	PRIX GLOB. / EXTENSION	
1 1253085	K Kane Firelily Fwp 18 00 Black 54-15-135	89.99	89.99	
1 1145872	1.67 Freedom 3.0 Droit Avec Anti-reflet Appliquer Depot Optique	299.99	299.99	
			389.98-	
		TOTAL:	389.98	
		SOLDE Dû:		

IMPRESSION / SLIP PRINT

No ET DATE DE FACT./INV. DATE & #
1/10/22 06059732 2022 STL
ENT./LOC.# 527

NOM DU PATIENT / PATIENT'S NAME
FARAJ, LAILA
DVI 306488

- ☐ 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 Liju Hua, Optométriste – Lic.: 320716
- ☐ 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

Date 11/10/2022

M: Laila Faraj

REÇU LA SOMME DE:

☐

POUR EXAMEN VISUEL

\$ _____

☒

AUTRE SERVICE PROFESSIONNEL

\$ 40

Formulaire

TOTAL

\$ 40

Signé: [Signature], o.d.