

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0048114

### 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.

### Biologie 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.

### Éducation :

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.

### Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prendre en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013 Société :  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : EL Yamany Mohamed  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : / / Total des frais engagés : 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 l'adhérent(e) :

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
	H		Montant des soins
	25533412 00000000	21433552 00000000	
	G		Date du devis
	00000000 35533411	00000000 11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM: <i>Olympe Ind</i>	Mle <i>1013</i>	
<b>DECLARATION N°</b>	<b>P 14/0012426</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé		Cachet MUPRAS
	Nbre de pièces Jointes		
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14/0012426

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	Mle <i>1013</i>	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom	<i>Olympe Ind</i>	
Fonction	<i>retraite</i>	
Phones		
Mail		

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient	<i>Yamani et M. Mary S. di Mahamé</i>
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	<i>76</i>	
Date	<i>23/7/2019</i>	
Nature de la maladie	<i>examen de la vue avec un prescription de lunettes permanent</i>	
Date 1ère visite	<i>23/7/2019</i>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
JOSÉE-ANDRÉE BACHA O.D 320802 4490 BESSERTE SUD. AUT 440 LAVAL QC H7T 2P7 TEL: (450) 978 4468 FAX: (450) 978 3074 lunetterie@malunetterie.ca 30+220=350 310 cad.		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

<b>PHARMACIE</b>	Date	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture		

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>	Date	<i>23 07 2019</i>	<i>88467</i>
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<i>6 pieces</i>			
		<i>32802 + 3565 =</i>	
<i>Dolar Canadien</i>			

01/08/2019

SIDI MOHAMED EL YAMANI EL MGHARY  
3196 RUE GLENN  
Laval H7P 1S8  
663-1324

*MA*  
*Lunetterie*

4490 DESSERT SUD AUT 440  
Laval H7T 2P7  
450 978-4468 978-3074

Date de naissance 01/01/1943

Date d'examen 01/08/2019

	sphere	cyl.	axe	vertex	prisme	base	Ac./Vis.
<b>D</b>	+ 1.50	- 1.75	087				6/12-
<b>G</b>	+ 0.75	- 0.75	105				6/6-

Rx

	add.	E.I. loin	E.I. près
<b>D</b>	2.50		
<b>G</b>	2.50		

Autres: \_\_\_\_\_

Signature:  320802  
JOSEE BACHA O.D

Durée de validité de l'ordonnance 1 an  6 mois

Notre satisfaction nous tiens a coeur, toutefois nous ne sommes pas responsables des problemes pouvant decouler d'une execution non conforme a votre prescription si celle-ci est realisee a l'exterieur. Un suivi pourrait donc vous etre facture.

# MA // LUNETTERIE

4490 DESSERT SUD AUT 440 Laval H7T 2P7 978-4468

Nom : SIDI MOHAMED EL YAMANI EL MGHARY  
3196 RUE GLENN  
Adresse : Laval QC  
H7P 1S8  
Tél. : M. : 514 663-1324  
Tél. : B. : 19584

N° T.P.S. : 144954013 RT0001

N° T.V.Q. : 1161372900

JOSEE BACHA O.D  
#320802

Date : 23/07/2019  
# Fact. : 36236 Lunettes  
Lentilles 230.00  
Monture : 225.00  
Verre de contact  
Examen  
Autres  
Ajustement -235.00  
Sous-total 220.00  
T.P.S.  
T.V.Q.  
Total  
Dépôt antérieur JOSEE BACHA O.D 320802  
220.00  
4490 DESSERT SUD, AUT 440  
LAVAL, QC H7T 2P7  
978 4468 FAX (450) 978 3074  
malunetterie@malunetterie.ca  
Argent  
No Paiement:  
35844  
Solde 0.00

# MA // LUNETTERIE

4490 DESSERT SUD AUT 440 Laval H7T 2P7 978-4468

Nom : SIDI MOHAMED EL YAMANI EL MGHARY

3196 RUE GLENN

Adresse : Laval QC  
H7P 1S8

514 663-1324

Tél. : M. : 19584

Tél. : B. :

N° T.P.S. : 144954013 RT0001

N° T.V.Q. : 1161372900

JOSEE BACHA O.D  
# 320802

Date : 23/07/2019  
# Fact. : 36114 Examen

Lentilles

Monture :

Verre de contact

Examen

Autres

Ajustement

Sous-total 90.00

T.P.S.

T.V.Q. 90.00

Total

Dépôt antérieur

Paiement

Paiement par : Carte de Paiement: 35665

Solde 0.00

**PAIÉ**  
JOSEE-ANDREE BACHA O.D 320802  
4490 DESSERT SUD, AUT 440  
LAVAL, QC H7T 2P7  
TEL: (450) 978 4468 FAX: (450) 978 3074  
malunetterie@malunetterie.ca

# MA // LUNETTERIE

4490 DESSERT SUD AUT 440 Laval H7T 2P7 978-4468

Nom : SIDI MOHAMED EL YAMANI EL MGHARY  
3196 RUE GLENN

Adresse : Laval QC  
H7P 1S8

Tél. : M. : 514 663-1324

Tél. : B. :

19584

N° T.P.S. : 144954013 RT0001

N° T.V.Q. : 1161372900

JOSEE BACHA O.D

#320802

Date : 23/07/2019  
# Fact. : 36114 Examen

Lentilles

Monture :

Verre de contact

Examen

Autres

Ajustement

Sous-total

90.00

T.P.S.

T.V.Q.

Total

Dépôt antérieur

Paiement

Paiement par : Carte de débit

No Paiement:

35665

Solde

0.00

JOSEE-ANDRÉE BACHA O.D 320802  
4490 DESSERT SUD, AUT 440  
LAVAL QC H7T 2P7  
TEL: (450) 978 4468 FAX: (450) 978 3074  
malunetterie@malunetterie.ca

# MA // LUNETTERIE

4490 DESSERT SUD AUT 440 Laval H7T 2P7 978-4468

Nom : SIDI MOHAMED EL YAMANI EL MGHARY  
3196 RUE GLENN

Adresse : Laval QC  
H7P 1S8

Tél. : M. : 514 663-1324  
Tél. : B. :

N° T.P.S. : 144954013 RT0001

N° T.V.Q. : 1161372900

JOSEE BACHA O.D  
#320802

Date : 23/07/2019  
# Fact. : 36236 Lunettes

Lentilles 230.00  
Monture : 225.00

Verre de contact  
Examen

Autres  
Ajustement -235.00  
Sous-total 220.00

T.P.S.  
T.V.Q.

Total

Dépôt antérieur

Paiement

Paiement par : Argent

Solde

JOSEE BACHA O.D 320802  
4490 DESSERT SUD, AUT 440  
LAVAL, QC H7T 2P7  
TEL: (514) 978 4468 FAX: (450) 978 3074  
mailunetterie@mailunetterie.ca

No Paiement:  
35844

0.00

=RELEVÉ DE TRANSACTION=  
==TRANSACTION RECORD==

TPV64004475                      HARCH22540101  
HA LUNETTERIE  
4490 DESSERT SUD, 440 OUE  
LAVAL                      , QC

CARTE/CARD: INTERAC

NO. 4540 03\*\* \*\*\*\* 8015  
COMPTE/ACCOUNT: CHEQUE/CHEQUING  
AID: A0000002771010  
APPL: Interac  
SEQ.: 003      LOT/BATCH: 776  
NO. REFERENCE: 004357  
2019/07/23 13:43:11 CA1

ACHAT/PURCHASE                      \$90.00  
AUTOR./AUTHOR. : 47895D

00 APPROUVEE - MERCI

Conserver cette copie  
pour vos dossiers.

COPIE : CLIENT

\*\*\*\*\*