

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0048114

☐ 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												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

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



P 14/0012426

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <i>1013</i>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <i>Olympe Ind</i>			
Fonction <i>retraité</i>	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <i>Yamani et Mary S. di Mahane</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 TEL: (450) 978 4468 FAX: (450) 978 3074 malunetterie@malunetterie.ca			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		<i>90+220=310 cad.</i>	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture	Signature et cachet du Pharmacien		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date <i>23 07 2019</i>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<i>6 pièces</i>		<i>32808 + 35645 =</i> <i>68453</i> <i>diolus camadien</i>	

01/08/2019

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

Date de naissance

01/01/1943

MA
Lunetterie

4490 DESSERT SUD AUT 440

Laval

H7T 2P7

450

978-4468

978-3074

Date d'examen 01/08/2019

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

Rx

	add.	E.I. loin	E.I. près
D	2.50		
G	2.50		

Autres: _____

Signature: _____

JOSEF BACHA O.D

320802

Durée de validité de l'ordonnance

1 an



6 mois



Notre satisfaction nous tient à cœur, toutefois nous ne sommes pas responsables des problèmes pouvant découler d'une exécution non conforme à votre prescription si celle-ci est réalisée à l'extérieur. Un suivi pourrait donc vous être facturé.

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

JOSEE BACHA O.D
#320802

Solde

-235.00
220.00

220 ANDRÉE BACHA O.D 320802
JOSEF-00 AUT 440
4490 DESSERTS SUD, QC H7T 2P7
LAVAL, QC FAX (450) 978 3074
220 (450) 978 4468
Argentin malunetterie@malunetterie.ca

No Paiement:
35844

No Paiement: 35844

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

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. 90.00

Total

Dépôt antérieur

Paiement

Paiement par : Carte de crédit 90.00
TELEPHONE 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
Marie@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-BACHA O.D 320802
4490 DESSERT SUD, AUT 440
LAVAL QC H7T 2P7
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
Monture :
Verre de contact
Examen

Autres
Ajustement
Sous-total

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

Dépôt antérieur

Paiement
Paiement par :

Solde

230.00
225.00

-235.00
220.00

0.00

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

No Paiement:
35844

=RELEVÉ DE TRANSACTION=
==TRANSACTION RECORD==

TPV64004475 MARCH22540101
HA LUNETTERIE
4490 DESSERT SUD, 440 RUE
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
