

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-445639

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0629

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HACHEM

07 NR

Date de naissance :

07/03/1943

Adresse :

5Bis RUE IBNOU BABEK CASA

Tél. :

05 22 36777
066211267

Total des frais engagés :

95,03 CNY

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

06/09 , 2019

Nom et prénom du malade :

HACHEM 07 NR

Age : 76 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hyperthyroïdie et hypothyroïdie - AVC - Hypertension artérielle - Reflux gastro-œsophagien - Maladie de Crohn

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PJC JEAN COUTU #068 1675, Ste-Catherine Ouest Montréal (Québec) H3H 1L9 tél. 514 933-4221	el	(RD) 95,03

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

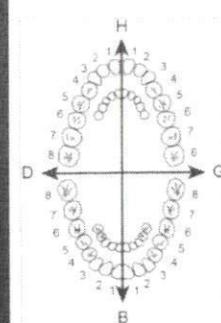
Important :

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

O.D.F.
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-RO SAY & J.COUTU
 1675, Ste-Catherine Ouest
 Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

HACHEM OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
 Montreal, Qc, QC

514-941-3457

Comptoir

Total 4 Rx**95.03 \$**

Imprimé le 6 sept. 2019 20:58

4 70010 12508 4

10

Reçu Original



Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-RO SAY & J.COUTU IN
 1675, Ste-Catherine Ouest
 Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

CLINIQUE MÉDICALE DIAMANT

5885, Côte-des-Neiges, bur: 401
Montréal, Qc H3S 2T2
(COIN LINTON)
Tél.: (514) 731-5994
Fax: (514) 731-9130

5512, Côte-des-Neiges, bur: 204
Montréal, Qc H3T 1Y9
(métro Côte-des-Neiges)
Tél.: (514) 737-3782
Fax: (514) 737-2296

Nom....

Omar Hatchem

R*

HACO 4303 07H0

Date: 06 Sept 2019

03 mois

- { ① amiodipine 10mg po PM
② Atorvastatine 40mg po die
③ Flaxtopimazole 40mg po die
(PPP 12)
④ AAS 160mg po ffs

PJC JEAN COUTU #068
1675, Ste-Catherine Ouest
Montréal (Québec) H3H 1L9
tél. 514-933-4221

Thao
Thao Vu MD
187307

6357190404789649364

PJC JEAN COUTU #068
1675, Ste-Catherine Ouest
Montréal (Québec) H3H 1L9
tél. 514-933-4221

Dr _____

No licence _____

REPETATUR	1	2	3	4	5	PRN	NR
-----------	---	---	---	---	---	-----	----