

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3395 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bouafi EL HASJANE

Date de naissance : 09/07/61

Adresse : Lot HIND n°9 N°A70427

Télé : 06 61 15 02 70 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : 

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème 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) :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

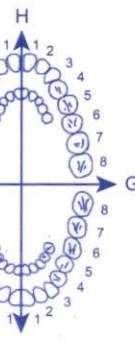
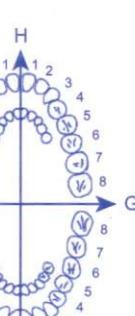
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Melissa B.Goyer Opticienne Inc. 999, Autoroute 440 aval, Qc H7P 5P4 450) 681-0806	19/07/23.					99.99 349.99 - 049.98

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient des travaux													
				Montants des soins													
				Début d'exécution													
				Fin d'exécution													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
				Montants des soins													
				Date du devis													
				Date de l'exécution													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT230321160626

23 juin 2023

Mr BOUAFI El Hassane

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.25 (- 0.50 à 105°)

OG = (- 0.75 à 74°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50



Dr Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste EN Ophtalmologie
MALADES ET CHIRURGIEN DE L'OEIL
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

OPTI-CLUB

Mélissa B.Goyer Opticienne Inc.

TVQ : 1224 996 825 TQ0001

DATE DE FACTURE / INVOICE DATE
7/19/23

No DE FACTURE / INVOICE NO.
14716159 2023

No PROFIL / PROFILE NO.
00035397770

No MEMBRE / MEMBER NO.
111971356059

SERVICE D'OPTIQUE / OPTICAL DEPT.

505 LAVAL
2999 AUTOROUTE LAVAL 440
LAVAL, QC H7P 5P4
450 681-0806

PATIENT

BOUAFI, EL HASSANE
11850 RUE GUERTIN
MONTREAL, QC H4J 1V6
514 515-9423

** ACOMPTE **

DOCTEUR / DOCTOR		Rx DATE	Rx EXP.	OPTICIEN / OPTICIAN	ÉTUI / CASE			
El Ikhloifi		6/23/23	6/23/25	HOK				
LUNETTES / EYEGLASSES								
AXE / AXIS								
DIST. D/R	SPHERE	CYL.						
+ .250	- .500	- .750	105					
G/L			74					
ADD		SEG.	PD DIST./DIST. PD					
D/R	2.50	30.0	31.5					
G/L	2.50	30.0	34.0					
INSTRUCTIONS SPÉCIALES / SPECIAL INSTRUCTIONS								
PROMO OFFERT TRANS GRIS GAR OK								
Source montu INCLUS								
QUANT. / ARTICLE / QTY	DESCRIPTION		PRIX UNI. / UNIT PRICE	PRIX GLOB. / EXTENSION				
1	C+s Cs-720 Fmr 22-00 1 53-19-140		99.99	99.99				
1	Trans 1.60 Freedom 4.0 +d+ Gris Avec A/r Bleu COSTCO OPTICAL CN LAB 4116 Encaisse Depot Optique		349.99	349.99				
				449.98				
		TOTAL:		449.98				
		SOLDE Dû:						

IMPRESSION / SLIP PRINT

D'IMPRESION DES RECUS

* MEMBRE: 111971356059

NO COMMANDE OPTIQUE 0025434595201

ENC. DP OPT	449,98
SOUS-TOTAL	449,98
TAXE	0,00
**** TOTAL	449,98
Comptant	500,00
Arrondissement	0,02-
MONNAIE	50,00
NOMBRE D'ARTICLES VENDUS=	0

CAISSIER(ère): Kerry Ho - Opti
2023/07/19 15:04:51 505 71 64 807

Ident. de Caisse



9100254345952018



PATIENT



PT230321160626

23 juin 2023

Mr BOUAFI El Hassane

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.25 (- 0.50 à 105°)

OG = (- 0.75 à 74°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

Dr Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste EN Ophtalmologie
Maladies ET Chirurgie DES YEUX
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - INPE : 0 122 304
Email : ophtalmologie@cliniquestendhal.com