

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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

Déclaration de Maladie

M22- 0014681

151191

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 85121 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : kouini mohamed

Date de naissance : 06/07/1950

Adresse : Casablanca

Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Myriam ABIKHZER
5950, Côte-des-Neiges, #350
Montréal Qc, H3S-1Z6
Tél : 514-733-0987 / 514-733-9192
Fax : 514-733-7704

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/2023

Nom et prénom du malade : kouini mohamed 73 Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 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 : Casablanca Le : 28/02/2023

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
2023/02/20 Consultation		G		Dr. Myriam ABIKHZER 5950, Côte-des-Neiges, #350 Montréal, QC, H3S-1Z6 Tel : 514-733-0987 / 514-733-9192 Fax : 514-733-7704

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DAMEC ADMIRAL 1001 boulevard Decarie Montréal H4A 3J1	22/02/2023	\$ 189.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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															
				Coefficient des travaux															
				Montants des soins															
				Date du devis															
				Date de l'exécution															
<h4>ODF PROTHESES DENTAIRES</h4> <h4>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</h4> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
G																			
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION															

Dr. Myriam ABIKHZER, M.D.C.M., C.C.F.P.

Médecine Familiale - Family Medicine

5950 Côte-des-Neiges #350

Montréal, PQ H3S 1Z6

Tel: 514-733-0987

Fax: 514-733-7704

Name.....

Koun Mohamed

Age.....

Mohamed Koun

103 rue Bella-Vista

Saint-Basile-le-Grand

QC J3N1L1 (514) 208-1602

1950-07-06 KQUM50070617

Date 2023/02/20

① Allopurinol 100mg po qd
② glucophage 850mg po TID

③ lancettes/Bardelettes

④ Dyoazide 100 po qd
25/50(give for 3 months) 1 month
Rev x 2

COPY

RXS220921102281748

 Label No Substitution

Signature

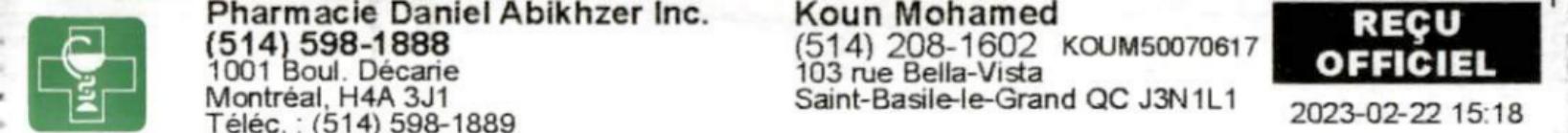
Dr. Myriam ABIKHZER
5950 Côte-des-Neiges, #350
Montréal, QC H3S-1Z6

M.D.

Repeat Tél: 514-733-0987 / 514-733-8902

NR

Fax: 514-733-7704



Pharmacie Daniel Abikhzer Inc.
(514) 598-1888
1001 Boul. Décarie
Montréal, H4A 3J1
Téléc. : (514) 598-1889

Koun Mohamed
(514) 208-1602 KOUM50070617
103 rue Bella-Vista
Saint-Basile-le-Grand QC J3N 1L1

REÇU
OFFICIEL

2023-02-22 15:18

90 APO ALLOPURINOL 100MG COMPRIME

No Rx 00005-819 DIN 02402769
MYRIAM ABIKHZER

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
7,48	7,02	0,46	7,48	15,39

Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré Franchise	Coass.	À PAYER
22,87				22,87

270 PMS METFORMIN 850MG COMPRIME

No Rx 00005-820 DIN 02242589
MYRIAM ABIKHZER

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
9,75	9,16	0,59	9,75	32,85

Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré Franchise	Coass.	À PAYER
42,60				42,60

90 APO TRIAZIDE 25+50MG COMPRIME

No Rx 00005-822 DIN 00441775
MYRIAM ABIKHZER

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
5,83	5,47	0,36	5,83	14,62

Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré Franchise	Coass.	À PAYER
20,45				20,45

No: 10010705

ORIGINAL 1 de 4

Voir total à percevoir sur les reçus suivants



Pharmacie Daniel Abikhzer Inc.
(514) 598-1888
1001 Boul. Décarie
Montréal, H4A 3J1
Téléc. : (514) 598-1889

Koun Mohamed
(514) 208-1602 KOUM50070617
103 rue Bella-Vista
Saint-Basile-le-Grand QC J3N 1L1

REÇU
OFFICIEL

2023-02-22 15:18

100 ASCENSIA CONTOUR NEXT BANDELETTE

No Rx 00005-823 DIN 99100849
MYRIAM ABIKHZER

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
74,43	69,89	4,54	74,43	16,50

Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré Franchise	Coass.	À PAYER
90,93				90,93

100 MICROLET D'ASCENSIA LANCETTE

No Rx 00005-824 DIN 00964034
MYRIAM ABIKHZER

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
12,55	12,55	0,00	12,55	0,00

Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré Franchise	Coass.	À PAYER
12,55				12,55



No: 10010705
1001070590100018940
ORIGINAL 2 de 4

Total : 189,40\$



LA SOCIÉTÉ D'IMPRESSION
1-877-335-1022



LA SOCIÉTÉ D'IMPRESSION
1-877-335-1022