

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Nº P19- 060767

151192

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8512 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KOUN - M

Date de naissance : 06/07/50

Adresse :

Tél. : 0661.414.151 Total des frais engagés : 40,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Y. DJALAL
optique 321312
(321312)

32-24619

Date de consultation : 21/02/2012 FYSERVICES ET PRODUITS QUÉBEC INC. (Visique - 0462)

Nom et prénom du malade : Mohamed KOUN Age: 52 ans.

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : EXAMEN DE LA VUE

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 : 28/02/2012

Signature de l'adhérent(e) :

28 FEB 2012
MUPRAS

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
21/10/2	photo rehanchée	IX	40\$ 01201	32-24619
FYI SERVICES ET PRODUITS QUÉBEC INC. (Visique - 0462)				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
G				
B				
[Création, remont, adjonction]				DEBUT D'EXECUTION
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				FIN D'EXECUTION
DATE DE L'EXECUTION				CŒFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE LE CARTIER

Partenaire de



Mr Mohamed Koun
15 Rue De Parc Des Erables
Laval
Quebec
H7H 2G3

Invoice No.:

462-0016213

Date:

2023/02/21

INVOICE

Date of Service:

2023/02/21

Client Acct.# :

17722

Optometrist:

Dr Yousra Djalal

License #:

321312

Assisted By:

Eugenie Van Tichelen

ORDER FOR:**Mr Mohamed Koun**

Home Phone:

Cell Phone: 514 208 1602

Work Phone:

Ext.:

ITEM	DESCRIPTION	PRICE	QTY	AMT	SAVINGS	TOTAL	TAX
Honoraires	OCT ou OCT-Caméra Combo	40.00	1	40.00		40.00	
SUBTOTAL							
				40.00	0.00	40.00	

BENEFITS

TOTAL	\$ 40.00
--------------	-----------------

PAYMENTS

Date	Payment Method	Received By	Amount
2023/02/21	MasterCard	Eugenie Van Tichelen	40.00

OUTSTANDING BALANCE	\$ 0.00
----------------------------	----------------

**Visique - Montréal - rue Sherbrooke Ouest, 1115 Sherbrooke Ouest, Montreal, QC, H3A 1H3,
(514) 844-8777**

THANK YOU FOR YOUR BUSINESS

*Dr Frédéric Marchand, Optométriste responsable des produits vendus pour Visique au Quebec.
TPS# 102019791 RT0002 TVQ# 1001202321 TQ0020*



Association des
OPTOMÉTRISTES
du Québec

Y. DJALAL (321312)
optométriste

VISIQUE MONTREAL
SHERBROOKE W. #462

ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE

MONTREAL, QC H3A 1H3

Émise pour : Mohamed Kain

En date du : 21/07/2023 Né(e) le : 03/06/1950

Rx examen complet + dilatation

- début cataractes ou
- pas de rétinopathie diabétique
- pas de trsu, diabète, décoll. rétine ou

Recomm: examen annuel +
dilatation

Repetatur : 0 1 2 3 4 5 6 N/R

Je certifie que la présente ordonnance est émise en conformité de tous les règlements de l'Ordre des optométristes du Québec.

Signature de l'optométriste :

#3-21312

Dans le cas d'un agent anti-glaucomateux :

Nom du médecin consulté : _____ #1-_____

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: Mohamed Icahn Age: _____

Phone Number: _____

SECURITY FEATURES ON BACK Date: 2023/02/20

Rx

OPTOMETRIST

Rx \rightarrow DM
 Rx diabetic
 Retinopathy
 Males

 Label No SubstitutionSignature: Sal

M.D.

RXS220921102281748

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

VISIQUE OPTIQUE LE CARTI
1115 RUE SHERBROOKE O
MONTREAL, QC

VENTE

No. REF: 00000004

No Lot: 305

SEQ: 305001001004

02/21/23

12:54:56

CODE APPR: 22121J

MASTERCARD

*****2541P

/

MONTANT **\$40.00**

00 - APPROUVE - 001

Mastercard

AID: A0000000041010

TVR: 00 00 00 80 01

Merci/Thank You
Please Come Again

COPIE CLIENT