

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 060767

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KOUN - M

Date de naissance : 06/08/50

Adresse : Casa

Tél. : 0661 414 151 Total des frais engagés : 40 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Y. DJALAL
Opticien
(321312)

32-24619

Date de consultation : 21/02/2023

Nom et prénom du malade : Mohamed Koun Age: 72 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 : Casa Le : 28/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

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 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

[illegible][illegible]

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

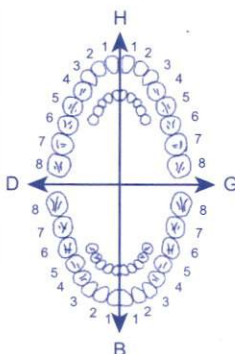
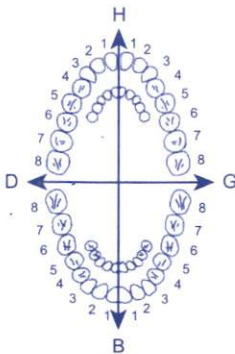
[illegible]

RELEVÉ 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 <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE LE CARTIER

Partenaire de



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

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

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 Oues, 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 (3213121)
optométriste

VISIQUE MONTREAL
SHERBROOKE W. #462

ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE

MONTREAL, QC H3A 1H3

Émise pour : Mohamed Koun

En date du : 21/02/2023 Né(e) le : 03/06/1950

R_x examen complet + dilatation

- début cataractes au
- pas de rétinopathie diabétique
- pas de tnu, déchirure,
détach. verre 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 : [Signature] #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 Mohammed Khan Age 12

Phone Number.....

SECURITY FEATURES ON BACK

Date _____

 R_x

OPTOMETRIST

73r♂

DM

R/o diabetic
retinopathy
HbEs

☐ Label☐ No Substitution

Signature  M.D.

M.D.

Repeat

1

2

3

4

5

PRN

NR

RXS220921102281748

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