

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.

Déclaration de Maladie

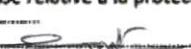
N° W21-794617

A65574

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7289	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELMARABET OUSSAMA			
Date de naissance : 18-03-1969			
Adresse : N 96 Rue Irag Dan BO AZZA			
Tél. : 0669 787 331	Total des frais engagés : 983 \$ Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Lunetterie NewLook 175, Jean Talon Est Montréal, Qc H2R 1S8			
Tél. : (514) 904-2210			
Date de consultation : 14/05/23			
Nom et prénom du malade : LOUDRHIRI Z NAIMA Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MYOPIE			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16 JUIN 2023			
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 : MONTREAL
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 14-05-23

VOLET ADHERENT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Data

tel.. (514) Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Octa

Désignation des Coefficients

**Montant
des honoraires**

AUXILIAIRES MEDICALS

**Cachet et signature
du Participant**

Date des
Salons

334

Nombre

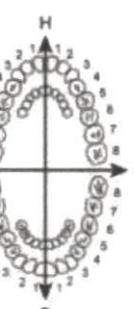
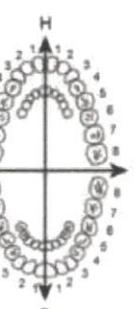
Montant détaillé des Hopitaux

Lunetterie New Look

175 Jean Talon Est

Montreal QC H2B 1S8

Tel : (514) 904-2210

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														
				INP : <input type="text"/>														
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

EXAMEN DE LA VUE

Facture N° F-4471183

Date : 2023-05-11



PATIENT

Nom : Naima Loudrhiri

Adresse : 2833 Edouard-Montpetit app.2
Montréal Québec
H3T 1J6

Tél. Résidence : (438)357-7662

Tél. Travail :

OPTOMÉTRISTE

Nom : Gabriella Courey Inc.
3-21907

Numéro de pratique :

Succursale : Jean-Talon.

Adresse : 175, Jean-Talon Est
Montréal Québec H2R 1S8

Tél. Optométrie : 1(514)904-2214

CODE DES ACTES PROFESSIONNELS

Signature de l'optométriste

Copie du client

MONTANT

EXAMEN: EXAMEN + PHOTO RÉTINIENNE

TOTAL: 110,00 \$

PAIEMENT: MASTER

Autorisation:

TVQ et TPS non applicables



O P T O M É T R I S T E

EXAMEN DE LA VUE

Facture N° F-4471183

Date : 2023-05-11



PATIENT

Nom : Naima el oudrhiri

Adresse 2833 Edouard-Montpetit app.2
Montréal Québec
H3T 1J6

Tél. Résidence (438)357-7662

Tél. Travail :

OPTOMÉTRISTE

Nom : Gabriella Courey Inc.
3-21907

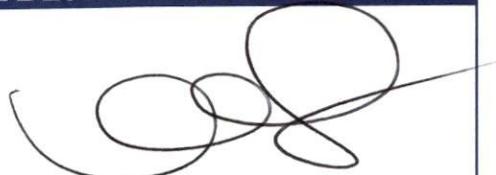
Numéro de pratique :

Succursale : Jean-Talon.

Adresse: 175, Jean-Talon Est
Montréal Québec H2R 1S8

Tél. Optométrie : (514)904-2214

CODE DES ACTES PROFESSIONNELS



Signature de l'optométriste

Copie du client

MONTANT

EXAMEN: EXAMEN + PHOTO RÉTINIENNE

TOTAL: 110,00 \$

PAIEMENT: MASTER

Autorisation:

TVQ et TPS non applicables

OPTOMETRISTE

Dre. Gabriella Courey
Optométriste
Permis #3-21907

175 rue jean talon E
Montréal, QC H2R 1S8

(438)357-7662

1976-08-31

Loudrhiri Naima
2833 Edouard-Montpetit app.2
Montréal Québec
H3T 1J6
abirel1997@gmail.com

Nom

Dat

Date de l'examen: 2013.05.11 Validité: 2 ans

	SPHÈRE	CYL.	AXE	ADD.	PRISME	VTX.	AV.
O.D.	+075			+100			le / b
O.S.	+100						l / b

Renseignements et/ou contre-indication: _____


Signature

u/5/2023
Émise le :



Lunetterie·Eyewear

Facture N pr.: 3451849

Date de Commande 11-05-2023

Naima Loudrhiri

2833 BOUL EDOUARD-MONTPETIT 2
MONTREAL QC H3T1J6
(438)357-7662(C) (438)357-7695(H) ; (438)357-7662

LUNETTERIE NEWLOOK

Jean-Talon

175 Jean-Talon E
Montréal QC H2R1S8
Tél : 5149042210
TPS:862210499RT0001
TVQ:1209498479TQ0001

Facture N pr.: 3451849

Date de Commande 11-05-2023

Naima Loudrhiri

2833 BOUL EDOUARD-MONTPETIT 2
MONTREAL QC H3T1J6
(438)357-7662(C) (438)357-7695(H) ; (438)357-7662



Lunetterie·Eyewear

LUNETTERIE NEWLOOK

Jean-Talon

175 Jean-Talon E
Montréal QC H2R1S8
Tél : 5149042210
TPS:862210499RT0001
TVQ:1209498479TQ0001

Montures : Lunetterie New Look;
Verres et traitements : LNLC inc.

Montures : Lunetterie New Look;
Verres et traitements : LNLC inc.

Date	Description	Qté	Prix
Montures			
11-05-2023	3440100610	1	399.00
Traitements			
11-05-2023	DIA UV	2	150.00
Verres			
11-05-2023	OG - RELAX-80-16/T60/TBN	1	212.00
	OD - RELAX-80-16/T60/TBN	1	<u>212.00</u>
Sous-Total			
Vos économies			
11-05-2023	\$100 de Rabais sur une seule paire du 2 pour 1		-100.00
			<u>-100.00</u>
TOTAL			
			873.00
Paiements			
11-05-2023	Carte de Crédit - Mastercard		-873.00
			<u>-873.00</u>

Merci et bonne journée

Date	Description	Qté	Prix
Montures			
11-05-2023	3440100610	1	399.00
Traitements			
11-05-2023	DIA UV	2	150.00
Verres			
11-05-2023	OG - RELAX-80-16/T60/TBN	1	212.00
	OD - RELAX-80-16/T60/TBN	1	<u>212.00</u>
Sous-Total			
Vos économies			
11-05-2023	\$100 de Rabais sur une seule paire du 2 pour 1		-100.00
			<u>-100.00</u>
TOTAL			
			873.00
Paiements			
11-05-2023	Carte de Crédit - Mastercard		-873.00
			<u>-873.00</u>

Merci et bonne journée

Paiements

873.00 \$

Solde

0.00 \$

Paiements

873.00 \$

Solde

0.00 \$

NEWLOOK JEAN-TALON 222
175 RUE JEAN-TALO H2R1S8
MONTREAL QC
27111575
TD2711157501

VENTE

No Lot: 590 NRE: 0015900170
05/11/23 18:12:24
No Facture: 17 No. REF: 00000017
CODE APPR: 184110
MASTERCARD Puce
*****2097 ***/**
MASTERCARD
AID: A0000000041010

MONTANT \$110.00

001 APPROUVE

Conservez cette copie pour vos
dossiers

COPIE CLIENT