

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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0005539

134624

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHEM OMM

Date de naissance : 07/03/1943

Adresse : SBIS WE IBNOU BOBEC CASA

Tél. : 066741267 Total des frais engagés : CAD 75,41 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/09/2022

Nom et prénom du malade : HACHEM OMM Age : 79 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CASA Le : 16/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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"/>

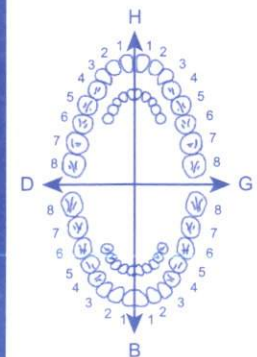
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Cette ordonnance est une ordonnance originale

- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

PHARMACIE MAHER BITAR, VALERIE SAVOIE-ROSAY ET JEAN COUTU INC.

1675 Rue Ste-Catherine O Montréal (Québec) H3H 1L9

L'original ne sera pas utilisé

Truong



**Clinique Médicale
Diamant**
2865 Ave des Berges, bur. 401 Montréal, Québec, H3T 2T1 Tél: (514) 731-5994 Fax: (514) 731-9130

Clinique Médicale Diamant

Date: 10 septembre 2022

NAM: HACO 4303 0710 Exp.: 2023-03

Nom: Omar Hachem

DDN: 7 mars 1943

Tel: (514) 773-2972

Allergies: Aucune

Poids: 78 kg

Act Pantoprazole 40mg enteric tab. - Qté.: 30 co - Ren.: 12

1 tab once daily AM PP205

Act Amlodipine 10mg tablet - Qté.: 30 co - Ren.: 12

1 tab once daily PM

Aspirin 81 Enterique 81mg comp. ent. - Qté.: 60 co - Ren.: 12

2 co Daily

Ach Atorvastatin 40mg comprimé - Qté.: 30 co - Ren.: 12

1 co DIE x 30 Jour(s)

Luxa D 2000IU capsule - Qté.: 30 caps - Ren.: 12

1 cap once daily

PJC JEAN COUTU #068

1675, Ste-Catherine Ouest

Montréal (Québec) H3H 1L9

tél. 514 933-4221

[Signature]

Truong

Dr TRUONG, HONG BAO SON

Médecin

1004860

5885 ch de la Côtes-des-Neiges, bur. 401, Montréal (Quebec) H3S 2T2

Téléphone: (514) 731-5994 | Télécopieur: (514) 731-9130

Ce document est confidentiel et ne peut être consulté que par l'utilisateur qui y est mentionné.

Imprimé le 2022-09-10 11:06:12 par Hong Bao Son Truong

Page 1 / 1



Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

HACHEM, OMAR4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 24.77 (D) 0.00
4 66425 93473 1

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

HACHEM, OMAR4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 23.59 (D) 0.00
4 66425 93474 8

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

HACHEM, OMAR4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 7.66 (D) 0.00
4 66425 93475 5

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

HACHEM, OMAR4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 11.54 (D) 0.00
4 66425 93476 2

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

HACHEM, OMAR4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 7.85 (D) 0.00
4 66425 93477 9**HACHEM****OMAR**4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

Passera-TEL

Dim. 11 sept., 13:00

**Total 5 Rx****75.41 \$**

Imprimé le : 11 sept. 2022 10:12

4 70013 40732 3

39

2 x 60 ASAPHEN EC 80 MG, CO
Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 660 Éch: 10 sept. 2024Rx **1992327-0068**
11 sept. 2022
DIN 02238545Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
24.77	RAMQ	24.77	0.00	24.77	0.00	0.00 \$

Total à payer 24.77 \$

RAMQ Réf: 4300700902-657850

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
6.36	0.41	6.77	18.00	6.77	24.77

60 SANDOZ AMLODIPINE 10 MG, CO
Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 330 Éch: 10 sept. 2024Rx **1992328-0068**
11 sept. 2022
DIN 02284391Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
30.74	RAMQ	30.74	0.00	19.73	3.86	7.15 \$

Total à payer 23.59 \$

RAMQ Réf: 4300709649-657851

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
11.96	0.78	12.74	18.00	12.74	23.59

60 PANTOPRAZOLE (RIVA) 40 MG, CO.LIB.RETAR
Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 330 Éch: 10 sept. 2024Rx **1992329-0068**
11 sept. 2022
DIN 02431327Montant résiduel RAMQ: 22.92 \$
Contributions à ce jour: 32.16 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
21.38	RAMQ	21.88	0.00	0.00	7.66	14.22 \$

Total à payer 7.66 \$

RAMQ Réf: 4300712612-657852

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
12.09	0.79	12.88	9.00	12.88	7.66

60 APO ATORVASTATIN 40 MG, CO
Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 330 Éch: 10 sept. 2024Rx **1992330-0068**
11 sept. 2022
DIN 02295296Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
32.97	RAMQ	32.97	0.00	0.00	11.54	21.43 \$

Total à payer 11.54 \$

RAMQ Réf: 4300700954-657853

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
14.06	0.91	14.97	18.00	14.97	11.54

60 LUXA-D 2000 UI, CAPS
Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 330 Éch: 10 sept. 2024Rx **1992331-0068**
11 sept. 2022
DIN 02442256Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
22.43	RAMQ	22.43	0.00	0.00	7.85	14.58 \$

Total à payer 7.85 \$

RAMQ Réf: 4300712745-657854

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
4.16	0.27	4.43	18.00	4.43	7.85