

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044217

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HACHEM OMAR
 Date de naissance : 07/02/1942
 Adresse : 581, RUE ISNOU BAROK CDA
 Tél. : 066741267 Total des frais engagés : CDA 69.52 + 34.76 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : HACHEM OMAR Age : 79 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA - CHOLESTEROL
 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 : 06/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

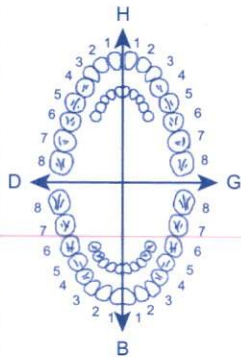
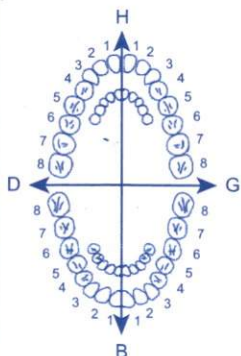
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				CCEFFICIENT 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



**Clinique Médicale
Diamant**
1885 Côte des Neiges, bur. 401 | Tél.: (514) 731-5994
Montréal, Québec, H3S 2T2 | Tél.: (514) 731-9130

Clinique Médicale Diamant

Date: 10 septembre 2021

NAM: HACO 4303 0710 Exp.: 2023-03

Nom: Omar Hachem

DDN: 7 mars 1943

Tel.: (514) 773-2972

Allergies: Aucune

Poids: 78 kg

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

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

Act Amlodipine 10mg tablet - Qté.: 30 co - Ren.: 12
1 tab once daily PM

Act Pantoprazole 40mg enteric tab. - Qté.: 30 co - Ren.: 12
1 tab once daily AM PP205

PJC JEAN COUJ #068

1675, Ste-Catherine Ouest,
Montréal (Québec) H3H 1L9
tél. 514 933-4221

Donner les Rx à chaque trois mois.

Thao

Dre VU, THI THUONG THAO
Médecin
1879074

5885 ch de la Côte-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 2021-09-10 16:33:20 par Thi Thuong Thao Vu

Page 1 / 1



Pharmacien(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221



Pharmacien(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU INI
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

HACHEM, OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



(A) 101 (B)
(C) 15.37 (D) 0.00
4 66291 28301 8



Pharmacien(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU INI
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

HACHEM, OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



(A) 101 (B)
(C) 9.88 (D) 0.00
4 66291 28302 5



Pharmacien(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU INI
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

HACHEM, OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



(A) 101 (B)
(C) 5.77 (D) 0.00
4 66291 28303 2



Pharmacien(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU INI
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

HACHEM, OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



(A) 101 (B)
(C) 3.74 (D) 0.00
4 66291 28304 9

HACHEM OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

Comptoir-TEL

**Total 4 Rx 34.76 \$**

Imprimé le : 15 août 2022 12:09 4 70013 32807 9

03

30 SANDOZ AMLODIPINE 10 MG, CO
Dr VU, T. (187307)
Ren: 3 Éch: 10 sept. 2023

Rx **1879677-0068**
15 août 2022
DIN 02284391

Montant résiduel RAMQ: 39.71 \$
Contributions à ce jour: 15.37 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
15.37	RAMQ	15.37	0.00	15.37	0.00	0.00 \$

Total à payer 15.37 \$

RAMQ Réf: 4279366313-637075

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 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			
5.98	0.39	6.37	9.00	6.37	15.37

30 PANTOPRAZOLE (RIVA) 40 MG, CO.LIB.RETAR
Dr VU, T. (187307)
Ren: 3 Éch: 10 sept. 2023

Rx **1879678-0068**
15 août 2022
DIN 02431327

Montant résiduel RAMQ: 29.83 \$
Contributions à ce jour: 25.25 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
15.44	RAMQ	15.44	0.00	6.88	3.00	5.56 \$

Total à payer 9.88 \$

RAMQ Réf: 4279367216-637076

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 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			
6.05	0.39	6.44	9.00	6.44	9.88

30 APO ATORVASTATIN 40 MG, CO
Dr VU, T. (187307)
Ren: 3 Éch: 10 sept. 2023

Rx **1879674-0068**
15 août 2022
DIN 02295296

Montant résiduel RAMQ: 24.06 \$
Contributions à ce jour: 31.02 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
16.48	RAMQ	16.48	0.00	0.00	5.77	10.71 \$

Total à payer 5.77 \$

RAMQ Réf: 4279364771-637077

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 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			
7.02	0.46	7.48	9.00	7.48	5.77

30 ASAPHEN EC 80 MG, CO
Ph JOSH, A. (441309)
Non renouvelable

Rx **1984268-0068**
15 août 2022
DIN 02238545

Montant résiduel RAMQ: 20.32 \$
Contributions à ce jour: 34.76 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
10.69	RAMQ	10.69	0.00	0.00	3.74	6.95 \$

Total à payer 3.74 \$

RAMQ Réf: 4279355919-637078

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 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			
1.59	0.10	1.69	9.00	1.69	3.74



Pharmacie(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221



Pharmacie(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU IN
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)30.74 (D)0.00
4 66005 19782 2



Pharmacie(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU IN
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)19.75 (D)0.00
4 66005 19784 6



Pharmacie(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU IN
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 66005 19788 4



Pharmacie(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU IN
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)7.49 (D)0.00
4 66005 19789 1

**HACHEM
OMAR**4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

Comptoir

**Total 4 Rx 69.52 \$**

Imprimé le : 20 juin 2022 10:47 4 70013 16471 4

03

60 SANDOZ AMLODIPINE 10 MG, CO Dr VU, T. (187307) Qté: 120 Éch: 10 sept. 2023	Rx 1879677-0068 20 juin 2022 DIN 02284391	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
						Franchise	Co-Ass	
Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$ Contributions à ce jour: 0.00 \$		30.74	RAMQ	30.74	0.00	30.74	0.00	0.00 \$
Total à payer								30.74 \$

RAMQ Réf: 4233809516-592232
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	30.74

60 PANTOPRAZOLE (RIVA) 40 MG, CO.LIB.RETAR Dr VU, T. (187307) Qté: 120 Éch: 10 sept. 2023	Rx 1879678-0068 20 juin 2022 DIN 02431327	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
						Franchise	Co-Ass	
Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$ Contributions à ce jour: 0.00 \$		30.88	RAMQ	30.88	0.00	13.76	5.99	11.13 \$
Total à payer								19.75 \$

RAMQ Réf: 4233809896-592234
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			
12.09	0.79	12.88	18.00	12.88	19.75

60 APO ATORVASTATIN 40 MG, CO Dr VU, T. (187307) Qté: 120 Éch: 10 sept. 2023	Rx 1879674-0068 20 juin 2022 DIN 02295296	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
						Franchise	Co-Ass	
Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$ Contributions à ce jour: 0.00 \$		32.97	RAMQ	32.97	0.00	0.00	11.54	21.43 \$
Total à payer								11.54 \$

RAMQ Réf: 4233794498-592236
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 ASAPHEN EC 80 MG, CO Ph SAU, T. (428182) Non renouvelable	Rx 1966629-0068 20 juin 2022 DIN 02238545	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
						Franchise	Co-Ass	
Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$ Contributions à ce jour: 0.00 \$		21.39	RAMQ	21.39	0.00	0.00	7.49	13.90 \$
Total à payer								7.49 \$

RAMQ Réf: 4233805750-592237
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			
3.18	0.21	3.39	18.00	3.39	7.49