

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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- 0005540

137146

☒ 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 : 07/03/1943

Adresse : 5 BIS RUE IBRAHIM BERRIC CASAB

Tél. : 0667241262 Total des frais engagés : CMJ 88,73 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie : HTA, Cholestérol

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 : CASAB Le : 11 / 11 / 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
	08/11/2022	CAD 88,73

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

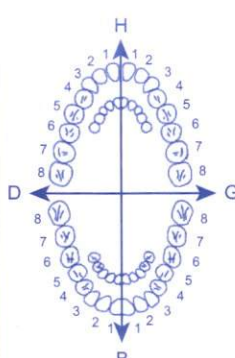
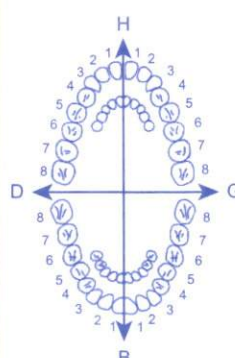
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### LEVE 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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**

2061 Côte des Neiges, bur. 401 Montréal, Québec, H3S 2T2  
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

*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

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

Passera-TEL

Mar. 8 nov., 15:00



514-773-2972

**Total 4 Rx 88.73 \$**

Imprimé le : 8 nov. 2022 12:05

4 70013 58894 7

03



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

514-773-2972

(A) 101 (B)  
(C) 18.58 (D) 0.00  
4 66733 86186 6**3 x 30 ASAPHEN EC 80 MG, CO**  
Dr TRUONG, H. (100486)  
Qté: 570 Ech: 10 sept. 2024Rx **1992327-0068**  
8 nov. 2022  
DIN 02238545

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
18.58	RAMQ	18.58	0.00	18.58	0.00	0.00 \$

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$  
Contributions à ce jour: 0.00 \$RAMQ Réf: 4349075429-704484  
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749  
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (045 JOURS)**Total à payer 18.58 \$**

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
4.77	0.31	5.08	13.50	5.08	18.58



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

514-773-2972

(A) 101 (B)  
(C) 41.93 (D) 0.00  
4 66733 86187 3**90 SANDOZ AMLODIPINE 10 MG, CO**  
Dr TRUONG, H. (100486)  
Qté: 240 Ech: 10 sept. 2024Rx **1992328-0068**  
8 nov. 2022  
DIN 02284391

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
46.10	RAMQ	46.10	0.00	39.69	2.24	4.17 \$

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$  
Contributions à ce jour: 0.00 \$RAMQ Réf: 4349075501-704485  
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749  
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)**Total à payer 41.93 \$**

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
17.93	1.17	19.10	27.00	19.10	41.93



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

514-773-2972

(A) 101 (B)  
(C) 22.82 (D) 0.00  
4 66733 86188 0**90 APO ATORVASTATIN 40 MG, CO**  
Dr TRUONG, H. (100486)  
Qté: 240 Ech: 10 sept. 2024Rx **1992330-0068**  
8 nov. 2022  
DIN 02295296

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
49.45	RAMQ	49.45	0.00	8.48	14.34	26.63 \$

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$  
Contributions à ce jour: 0.00 \$RAMQ Réf: 4349061846-704486  
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749  
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)**Total à payer 22.82 \$**

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
21.08	1.37	22.45	27.00	22.45	22.82



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

514-773-2972

(A) 101 (B)  
(C) 5.40 (D) 0.00  
4 66733 86192 7**30 PANTOPRAZOLE (RIVA) 40 MG, CO.LIB.RETAR**  
Dr TRUONG, H. (100486)  
Ren: 10 Ech: 10 sept. 2024Rx **1992329-0068**  
8 nov. 2022  
DIN 02431327

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	0.00	5.40	10.04 \$

Montant résiduel RAMQ: 19.23 \$  
Contributions à ce jour: 35.85 \$RAMQ Réf: 4349076457-704489  
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749**Total à payer 5.40 \$**

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	5.40