

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HA CHÉM OMAR

Date de naissance :

07/03/1943

Adresse : SIDI SAWI IBN DIBB BEN ABDELLAH CASA

Tél. : 0667411267

Total des frais engagés : CM 88,73 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Conjoint

Age :

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 : CASA Le : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M22- 0005540

13/11/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature 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
	08/11/2012	CA) 88,73

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

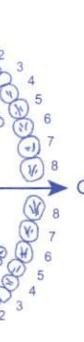
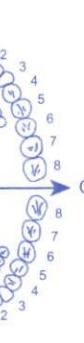
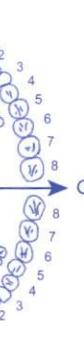
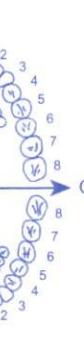
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

To:

Page: 1 of 1

2022-09-10 11:06:24 EDT

15147319130

From: Clinique Médicale Diamant

- 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

Tuongres



**Clinique Médicale
Diamant**

5885 Ch de la Côte-des-Neiges, bur. 401 Tel: (514) 731-5994

Montréal, Québec, H3S 2T2

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

Tuongres

Dr TRUONG, HONG BAO SON
Médecin
1004880

5885 ch de la Côte-des-Neiges, bur. 401, Montréal (Québec) 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

514-773-2972

Passera-TEL

Mar. 8 nov., 15:00

**Total 4 Rx****88.73 \$**

Imprimé le : 8 nov. 2022 12:05

4 70013 58894 7



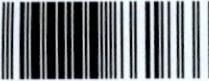
Pharmacien(s) affilié(s) à

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

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

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

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

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**3 x 30 ASAPHEN EC 80 MG, CO**Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 570 Éch: 10 sept. 2024

Montant résiduel RAMQ:

Contributions à ce jour:

RAMQ Réf: 4349075429-704484

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (045 JOURS)

Rx 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 \$

Total à payer **18.58 \$**

Reçu Original

(A)101 (B)
(C)18.58 (D)0.00
4 66733 86186 6

90 SANDOZ AMLODIPINE 10 MG, CODr TRUONG, H. (100486)
Qté: 240 Éch: 10 sept. 2024

Montant résiduel RAMQ:

Contributions à ce jour:

RAMQ Réf: 4349075501-704485

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Rx 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 \$

Total à payer **41.93 \$**

Reçu Original

(A)101 (B)
(C)41.93 (D)0.00
4 66733 86187 3

90 APO ATORVASTATIN 40 MG, CODr TRUONG, H. (100486)
Qté: 240 Éch: 10 sept. 2024

Montant résiduel RAMQ:

Contributions à ce jour:

RAMQ Réf: 4349061846-704486

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Rx 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 \$

Total à payer **22.82 \$**

Reçu Original

(A)101 (B)
(C)22.82 (D)0.00
4 66733 86188 0

30 PANTOPRAZOLE (RIVA) 40 MG, CO.LIB.RETARDr TRUONG, H. (100486)
Ren: 10 Éch: 10 sept. 2024

Montant résiduel RAMQ:

Contributions à ce jour:

RAMQ Réf: 4349076457-704489

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749

Rx 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 \$

Total à payer **5.40 \$**

Reçu Original

(A)101 (B)
(C)5.40 (D)0.00
4 66733 86192 7

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien

Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraire	Contribution totale de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				professionnels	Prix RGAM	
6.05	0.39	6.44	9.00	6.44	5.40	5.40

Reçu Original