

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- Reclamation : 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 918

Société : Retraite

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BARKAK MUSTAPHA

Date de naissance : 1949

Adresse : Salmia 2 Rue 2 imm 23 app 2 CASABLANCA

Tél. : ..... Total des frais engagés : 124,33 \$ can..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : CASABLANCA Le : 05/01/2024

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

VOLET ARRIÈRE

## **RELEVE 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
Diane Azzi Pharmacienne 041678	03-01-2024	124.33 \$

03-01-2024  
Diane Azzi VanHoecacker - P.B. Tremblay  
885 MILITIAIX #29  
901 Ste-Catherine Est  
Montréal QC H2L 2E5  
Tel: 514-842-4915

## **ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHS**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

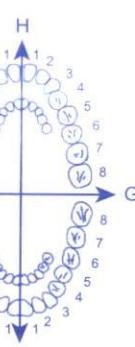
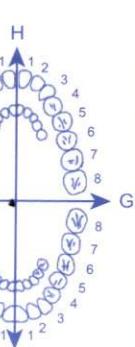
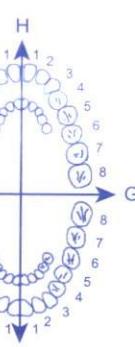
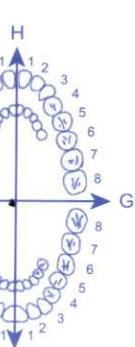
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H G B	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
60.0 1360-427 02-391-597	BISOPROLOL 10mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4685350149 00992	Jan-24 13.46 / 42.71 Fév-24 (12.60 / 43.57)	13.46 12.60 Total: 26.06	0.00 0.00 0.00	13.46 12.60 12.60	0.00 0.00 0.00	13.46 12.60 12.60

Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM
			5.31	0.35	5.66
60.0 1360-428 02-372-398	IRBESARTAN 300mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4685351087 00992	Jan-24 25.75 / 30.42 Fév-24 (25.08 / 31.09)	18.07 16.91 Total: 34.98	5.78 4.43 10.21	9.44 10.30 2.18
				12.29 12.48	2.85 2.18

Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM
			13.68	0.89	14.57
<b>Voir total dernière page</b>					

No: 1828695 ORIGINAL Reçu 1 de 6	Passera: 03/01/2024 à 00:15 420029002432	<b>REÇU OFFICIEL</b>
--	---	----------------------

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
360.0 1360-420 02-424-258	AURO-REPAGLINIDE 0.5mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4685342800 00992	Jan-24 34.51 / 21.66 Fév-24 (33.28 / 22.89)	26.54 24.84 Total: 51.38	17.78 16.64 34.42	0.00 0.00 0.00	8.76 8.20 8.20	8.76 8.20 8.20

Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM
			29.09	1.91	31.00
120.0 1360-424 02-403-250	JENTADUETO 2.5mg-500mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4685351089 00992	Jan-24 56.17 / 0.00 Fév-24 (56.17 / 0.00)	88.70 82.98 Total: 171.68	67.04 60.09 127.13	0.00 0.00 0.00
				21.66 22.89 22.89	21.66 22.89 22.89

Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM
			142.04	9.23	151.27
<b>Voir total dernière page</b>					

No: 1828695 ORIGINAL Reçu 2 de 6	Passera: 03/01/2024 à 00:15 420029002432	<b>REÇU OFFICIEL</b>
--	---	----------------------

# TREMBLAY VAN HOENACKER

TREMBLAY VAN HOENACKER

901 STE CATHERINE EST, MONTREAL, QC, H2L 2E5

514-842-4915

Jan. 03, 2024 4:33 PM

0029 1002 165383 500000 3

Pharmacie AM PM #1

ORDONNANCE 124,33 N X 124,33

Sous-total: 124,33

1 Article TOTAL: \$124,33

CARTE DE DÉBIT 124,33

TPS #: 81872 0955RT0002 TVQ #: 1213948713TQ  
0002



9990200291002001653834

\*\*\*\*\*

DONNEZ-NOUS VOTRE AVIS SUR LE SERVICE QUE  
VOUS AVEZ REÇU AUJOURD'HUI!

VISITEZ [www.surveysdm.com](http://www.surveysdm.com), COMPOSEZ LE  
1-800-701-9163 OU  
SCANNEZ LE CODE QR CI-DESSOUS



POUR AVOIR UNE CHANCE DE GAGNER

1 de 2 PRIX MENSUELS DE  
1 MILLION DE POINTS OPTIMUM PC  
OU 1000 \$ EN CARTES-CADEAUX.

VISITEZ [www.surveysdm.com](http://www.surveysdm.com)

POUR LE RÈGLEMENT COMPLET DU CONCOURS.

Numéro de certificat: 00509808-2089223

\*\*\*\*\*

Conservez reçu pour retour dans les 30  
jours. Visitez [pharmacoprix.ca](http://pharmacoprix.ca) des exclusions.

TYPE: ACHAT

COMPTE: CHEQUE 124,33 CAD\$

Type de carte: DEBIT

NUMERO CARTE: \*\*\*\*\*0652 C

DATE/HEURE: 24/01/03 16:37:57

NUMERO REF: 0010010280

AUTOR #: 006119

INTERAC

A0000002771010 0080008000 E800

00/001 APPROUVEE - MERCI

VERIFIEE PAR NIP

-- IMPORTANT

Conserver cette copie pour vos dossiers.

\*\*\* COPIE DU CLIENT \*\*\*

**Pharmacie Van Hoenacker et  
Tremblay**  
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal  
H2L 2E5 , 514-842-4915

**BARKAK MUSTAPHA**  
1585 DE LA VISITATION  
MONTREAL, QC  
H2L-3C2, 514 284-0853

Date: 2024/01/03 15H56

RAMQ: BARM 4901 0110



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
100.0 1360-419 00-902-144	ACCU-CHEK SOFTCLIX Lancette J. LEROUX-STEWART Sans assurance		11.99				11.99

No: 1828695  
ORIGINAL  
Reçu 6 de 6



Passera: 03/01/2024 à 00:15  
420029002432

Total: 124.33\$

REÇU OFFICIEL

- Cette ordonnance est une ordonnance originale
- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

**PHARMACIE ERIC VAN HOENACKER ET PIERRE-BENOIT TREMBLAY**

801 Rue Ste-Catherine E Montréal (Québec) H2L 2E5

L'original ne sera pas utilisé

*J. Leroux*

Clinique Médicale Angus

Date: 11 septembre 2023	NAM: BARM 4901 0110 Exp.: 2029-01	Nom: Mustapha Barkak
	DDN: 1 janvier 1949	Tel.: (514) 284-0853

Allergies: Aucune

Poids: 74,75 kg

rajouter un ATORVASTATIN 20 mg supplémentaire - Ren.: 24 (DSQ)  
1 co po die (donc total 60 mg die)

JARDIANCE 25 MG COMPRIME - Ren.: 24 (DSQ)

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR idem, mais le matin et non le soir  
cesser FER-SULFATE - Ren.: 0 (DSQ)

Tel que prescrit

hytrin - Ren.: 24 (DSQ)

1 mg po die hs, ren x 24 mois

*Copie*

Pharmacie E. VanHoenacker - P.B. Tremblay  
aff. Pharmaprix #29  
901 Ste-Catherine Est  
Montréal Qc H2L 2E5  
Tel: 514-842-4915  
Fax: 514-842-9893

*J. Leroux*

Dre Leroux-Stewart, Josée  
Médecin  
1158310

2601 William Tremblay, Bureau 200 Montréal (Québec) H1Y 0E2  
Téléphone: (514) 807-2333 | Télécopieur: (514) 596-1821

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

Imprimé le 2023-09-11 16:30:45 par Josée Leroux-Stewart

Page 1 / 1

Heure de réception Sept 11, 2023 4:33PM N° 0611

- Cette ordonnance est une ordonnance originale

- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

PHARMACIE ERIC VAN HOENACKER ET PIERRE-BENOIT TREMBLAY

901 Rue Ste-Catherine E Montréal (Québec) H2L 2E5

L'original ne sera pas utilisé

J. Lees

COPIE



Clinique Médicale Angus

Date: 20 mars 2023	NAM: BARM 4901 0110 Exp.: 2029-01	Nom. Mustapha Barkak
	DDN: 1 janvier 1949	Tel.: (514) 284-0853

Allergies: Aucune

Poids: 77,75 kg

Bandelettes et lancettes pour glycémie capillaire - Ren.: 24  
#100, ren x 24 mois

↑ REPAGLINIDE 0.5 MG COMPRIME - Ren.: 24

PRENEZ 1 à 2 COMPRIMES 3 FOIS PAR JOUR selon la glycémie

JENTADUETO 500+2.5 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR AU DEJEUNER ET AU SOUPER (CODE EN150)

AMLODIPINE ATORVASTATIN 10+40 MG COMPRIME - Ren.: 24

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER REGULIEREMENT

BISOPROLOL 10 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER

IRBESARTAN 300 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN

FER-SULFATE 300 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR

JARDIANCE 25 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR

code en148

Dex4 Glucose 4g comp.croq. - Ren.: 24

4 co po si hypoglycémie, ren x 24 mois

Tous ren x 24 mois, merci! - Ren.: 0

Tel que prescrit

COPIE

J. Lees

Dre Leroux-Stewart, Josée  
Médecin  
1158310

2601 William Tremblay, Bureau 200 Montréal (Québec) H1Y 0E2

Téléphone: (514) 807-2333 | Télécopieur: (514) 596-1821

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

Imprimé le 2023-03-20 13:22:05 par Josée Leroux-Stewart

Page 1/1

Heure de réception Mar. 20, 2023 1:23PM N° 4705

Copie

Page 1



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALIDE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : BARKAK MUSTAPHA

Matricule : 918 N° CIN : B131124

Adresse : Salmia 2 Rue 2 imm 23 app 2 CASABLANCA

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr Isse Lepage Stewart Spécialité : endocrinologie

N° ICE : #CNG1158310 N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Mustapha Barkak

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  À vie

Hypertension artérielle et Diabète de type 2 et HTA

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : HbA1c 6.8%.

- TA 133/66

- ApoB 1.04

Dont ci-joint ordonnance : cf liste ci-jointe

Traitements prescrits : " "

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Montréal le 11/04/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Clinique médicale Angus

2601 William-Tremblay, bureau 200  
Montréal (QC) H1Y 0E2  
Tél. : (514) 807-2333 / Fax : (514) 596-1821

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées