

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 Langue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

6773

Société

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

Mohamed Moujoud

Date de naissance

26 - 12 - 1957

Adresse

301-559 Rue St-Louis
LAVAN (01) H7V 005

Tél. 514546 8508

Total des frais engagés : CAD 8,98\$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Mohamed Moujoud Age: 66

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Conjunctivite

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 : LAVAN (01) Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
El-Achkar, Jetha, Merrouni Pharmacien, Affilié à Pharmaprix Centre commercial St-Martin 965, Boul. Curé-Labelle Arr: Chomedey, Laval QC H7V 2V7	3/04/2024	8,98\$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

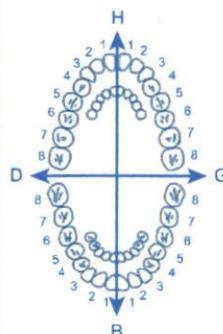
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

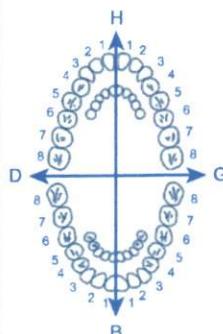
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DU
DEVIS

DATE DU
DEVIS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

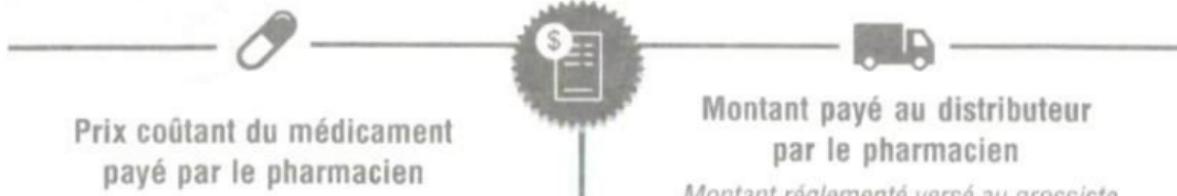
DATE DE
L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



Honoraires professionnels

composés de:



Consultation pharmaceutique

(Validation de l'ordonnance, analyse du dossier et service-conseil)



Préparation et vérification du médicament



Responsabilité professionnelle et surveillance de la thérapie



Dépenses courantes

(Salaires, loyer, électricité, équipement informatique, frais financiers, etc.)





Pharmacie El-Achkar, Jetha et
Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 – 450-681-1683

Moujoud Mohamed
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V 0C5, 514 546-8508

Date: 2024/04/03 13H41

RAMQ: MOUM 5712 2612



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
3.5 1887-088 02-141-574	ERYTHROMYCINE 0.5% Pom. Opht. P.-F.LABBÉ Acceptée : RAMQ 4757374633 000094	Avr-24 52.46 / 47.19	27.22	18.24	0.00	8.98	8.98
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	15.40	1.00	16.40	10.82	16.40		

CONSEIL

No: 1973861
ORIGINAL
Reçu 1 de 1



Passera: 03/04/2024 à 00:13
* PASSERA À: _____ *

Total: 8.98\$

REÇU OFFICIEL

GMF POLYCLINIQUE CENTRE-DE-L'ÎLE

3025, Boulevard Tessier,, LAVAL, QC H7S 2M1

Tel : (450)9347491 / Fax : 450 934-7489

Nom : Mohamed Moujoud

NAM : MOUM57122612

Maison : 514 546-8508 Cellulaire : 514 546-8508

Pierre-François Labbé

1134261

Dossier (Clinique) : 00075054

Âge : 66 DDN : 1957/12/26

Sexe : M

Date: 2024/04/03

ilotycin onguent qid OS x 10 jours

--- Fin de l'ordonnance ---



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683 REP

1887-088

Ad:2026/04/03 0 02-141-574

3.5 ERYTHROMYCINE (0.5%) Pom. Oph.

APPLIQUEZ GROS COMME UN
PETIT POIS 4 FOIS PAR JOUR
DANS L'OEIL GAUCHE POUR 10
JOURS

Moujoud Mohamed

Servi: 2024/04/03

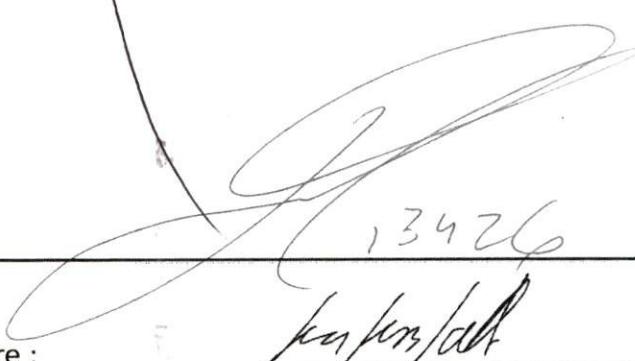
N 12126 Dr D.F LARRÉ

Lettre: 2024/05/03



copie

El-Achkar, Jetha, Merrouni
Pharmaciens, Affiliés à Pharmaprix
Centre commercial St-Martin
965, Boul. Curé-Labelle
Arr: Chomedey, Laval QC H7V 2V7

Signature : 
13426

Ce document est confidentiel.

Page 1 de 1