

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 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 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.

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

W21-847737 263790

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed Majoud

Date de naissance : 26-12-1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis

LAVAL (OC) H7V0C5

Tél : 514 5468508 Total des frais engagés : CAD 53,47 \$ X

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mohamed Majoud Age: 66

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

Nature de la maladie : Diabète Insulino-dépendant

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 : LAVAL (OC) Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
El-Achkar, Jetha, Merrouni Pharmaciens, Affiliés à Pharmaprix Centre commercial St-Martin 965, Boul. Curé-Labelle Arr: Chomedey, Laval QC H7V 2V7	3/04/2024	53,47\$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

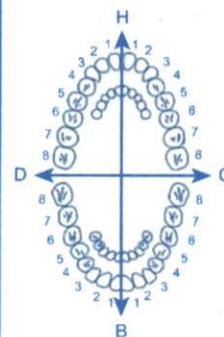
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

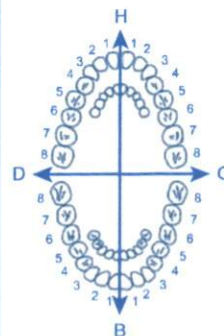
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 11H00

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	
100.0 1886-966 99-100-849	CONTOUR NEXT Bandelette C.TARABAY Acceptée : RAMQ 4757163997 009986	Avr-24 43.48 / 56.17	85.25	41.77	22.90	20.58	43.48
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 89.89		4.54	74.43	10.82	74.43		
100.0 1886-967 97-799-918	MICROLET LANCETS Lancette C.TARABAY Sans assurance		9.99				9.99

No: 1973580
ORIGINAL
Reçu 1 de 1



Passera: 03/04/2024 à 00:11
* PASSERA À: _____ *

Total: 53.47\$

RECU OFFICIEL

DOSSIER PATIENT

El-Achkar, Jetha, Merrouni

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

PATIENT: MOUJOUH MOHAMED

Adresse: 301-559 rue Saint-Louis
Ville: Laval
Téléphone: (514)546-8508
Code Postal: H7V 0C5
Allergie(s): Pas d'allergie déclarée

Centre commercial St-Martin
965, Boul. Curé-Labelle
Laval H7V 2V7
Sexe: M
Naissance: 1957/12/26
Taille: 0,00 m.
R.A.M.Q: MOUM 5712 2612 /12

Langue: Français
Age: 64 ans
Poids: 89,00 Kg

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2021/10/29	1522-177 Non Servie	30,0	SYSTANE ULTRA HYDRATION unidosse 0.7ml	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/10/21
2021/10/29	1522-176 Non Servie	10,0	HYLO 0.1% Sol. Opht.	FS	INSTILLENZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 4 FOIS PAR JOUR REGULIEREMENT	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/10/21
2021/10/29	1522-174 Non Servie	10,0	HYDRASENSE DROPS 0.15% GOUTTE	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/10/21
2021/10/29	1522-173 Non Servie	30,0	REFRESH 1.4%(0.4ml) Sol.Opht.	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/10/21
2021/09/05	1504-250 Non Servie	100,0	MICROLET LANCETS Lancette	FS	JETER APRÈS UNE UTILISATION DANS CONTENANT JAUNE DE RÉCUPÉRATION ***NE PAS JETER DANS LES POUBELLES***	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/05/06
2021/09/05	1504-248 Non Servie	30,0	PANTOPRAZOLE 40mg Comp. Entér.	FS	PRENDRE 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR 30 MINUTES AVANT LE DÉJEUNER (POUR L'ESTOMAC)	P.POULIN (1071992)	3/0 30 Ad: 2021/06/23
2021/09/05	1504-241 Non Servie	100,0	CONTOUR NEXT Bandelette	FS	POUR MESURER LES GLYCÉMIES SI BESOIN, À JEÛN OU 2H APRÈS LE REPAS OU TEL QUE PRESCRIT ***NE PAS UTILISER SI EXPIRÉ***	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/05/06
2021/09/05	1504-232 Non Servie	10,0	MED-DORZOLAMI DE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Opht.	FS	INSTILLENZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR AUX 12 HEURES DANS LES 2 YEUX	L.JAWORSKI (1114677)	100/0 30 Ad: 2022/03/22
2022/09/04	1640-734	5,0	APIDRA CART(3) 100UI/ml Cartouche(3)	NS	INJECTION SOUSCUTANEE DE 20 UNITÉS 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0 30 Ad: 2022/12/14
2022/09/04	1640-728	5,0	BASAGLAR KWIKPEN (80U) 100UI/ml Stylo(3)	NS	INJECTION SOUSCUTANEE DE 18 UNITÉS 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	C.TARABAY (4405544)	0/0 30 Ad: 2023/09/04
2022/09/04 Orig: 2022/06/28	1616-203	10,0	MED-DORZOLAMI DE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Opht.	RS	INSTILLENZ 1 GOUTTE DANS LES 2 YEUX 2 FOIS PAR JOUR AUX 12 HEURES	L.JAWORSKI (1114677)	97/2 30 Ad: 2022/10/21
2022/09/04 Orig: 2022/01/11	1539-232	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	5/7 30 Ad: 2022/12/15
2022/09/04 Orig: 2022/01/11	1539-231	30,0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	7/5 30 Ad: 2022/12/15
2022/09/04 Orig: 2022/01/11	1539-230	30,0	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR EN MANGEANT	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	7/5 30 Ad: 2022/12/15
2022/09/04 Orig: 2021/11/15	1522-120	5,0	SANDOZ-TRAVOP ROST 0.004% Gtte	RS	INSTILLENZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX 1 FOIS AU COUCHER	L.JAWORSKI (1114677)	93/6 30 Ad: 2022/10/21

(EN150)

Liste des or
IpordpatAbi

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

1886-967

Ad: 2026/04/03 12 97-799-918

100 MICROLET LANCETS () Lancette

SELON LES DIRECTIVES DU
MÉDECIN

Moujoud Mohamed

Servi: 2024/04/03

N 440-554 Ph: C.TARABAY

Jeter: 2025/04/01



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

1886-966

Ad: 2026/04/03 12 99-100-849

100 CONTOUR NEXT () Bandelette

SELON LES DIRECTIVES DU
MÉDECIN

Moujoud Mohamed

Servi: 2024/04/03

440-554 Ph: C.TARABAY

Jeter: 2025/04/01