

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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Réclamation | : contact@mupras.com |
| Prise en charge | : pec@mupras.com |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

Maladie

Dentaire

21350

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUJOUAD Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 514.546.8508

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : TALBI Nadeia Age:

Lien de parenté :

Lui-même

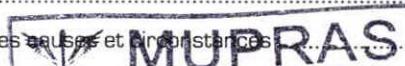
Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.



17 FEV 2020

ACCUEIL

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le/...../.....

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien LA et du Fourmeau NNE	Date	Montant de la Facture
AFFILIÉE A PHARMAPRIX 334, boul Curé-Labellé Arr Ste-Foy Laval QC H7L 4T9 Tél: 452-5213	27/01/20	69,43 \$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHÉRENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

- 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

N° W19-519072

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 6773	Cadre réservé à l'adhérent(e)	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : Moutoud MOHAMED	
Nom & Prénom : 26/12/1957		Date de naissance : 301-559 Rue Saint-Louis LAYAL (04)	
Adresse : H7V 0C5		Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 69,13	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : TALBI Nadia	
Nom et prénom du malade : Age : 49	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Nature de la maladie : Diabète, Hypertension
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 : LAYAL Le : 27/01/2020
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	N° W19-519072
Déclaration de maladie	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 6773	MOUBOUD
Nom de l'adhérent(e) : 684351	Total des frais engagés :
Date de dépôt :	



0261-285 REP. Ad:2020/02/19 1

60 JANUMET (500mg-50mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR
JOUR MATIN ET SOIR EN
MANGEANT *EN150*



Talbi Nadia Servi: 2020/01/27
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/01/24



0261-284 REP. Ad:2020/02/19 1

30 SANDOZ-PERINDOPRIL (2mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR *AVEC COVERSYL PLUS

4/1.25*
Talbi Nadia Servi: 2020/01/27
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/01/24



0281-758 REP. Ad:2020/08/28 7

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR AU COUCHER

Talbi Nadia Servi: 2020/01/27
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/01/24



0261-286 REP. Ad:2020/02/19 1

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN *AVEC
COVERSYL 2 MG*

Talbi Nadia Servi: 2020/01/27
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/01/24



DOSSIER PATIENT

Yvonne Khamla pharmacienne
334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599

PATIENT: TALBI NADIA

Adresse: 17-2400 boulevard de la R
Ville: Laval
Téléphone: (514)546-8508
Code Postal: H7L 4L1

Sexe: F Langue: Français
Naissance: 1971/03/14 Age: 48 ans
Taille: 0,00 m. Poids: 0,00 Kg
R.A.M.Q: TALN 7153 1410 /10

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2020/01/27	0281-758	30,0	ROSVUVESTATIN 10mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	7/5 30 Ad: 2020/08/28
Orig: 2019/08/29							
2020/01/27	0261-286	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN *AVEC COVERSYL 2 MG*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	1/11 30 Ad: 2020/02/19
Orig: 2019/02/27							
2020/01/27	0261-285	60,0	JANUMET 500mg-50mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR MATIN ET SOIR EN MANGEANT *EN150*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	1/11 30 Ad: 2020/02/19
Orig: 2019/02/27							
2020/01/27	0261-284	30,0	SANDOZ-PERINDO PRIL 2mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR *AVEC COVERSYL PLUS 4/1.25*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	1/11 30 Ad: 2020/02/19
Orig: 2019/02/19							

YVONNE KHAMLA
PHARMACIENNE
AFFILIÉE À PHARMAPRIX
334, boul Curé-Labelle
Arr Ste-Rose
Laval QC H7L 4T7
450-625-2913



Date: 2020/01/27 20H12
 RAMQ: TALN 7153 1410



Date: 2020/01/27 20H12
 RAMQ: TALN 7153 1410



Quantité N° de RX DIN	Nom du médicament Féteur No de référence	Période cumulatives	Montant RA	Montant Assuré	Contribution de l'assuré			
					Franchise	Coass.	À PAYER	
30.0 0261-758 02-405-636	ROUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -724536301	Jan-20 13.63 / 79.45	13.63	0.00	13.63	0.00	13.63	
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
4.07		0.26	4.33	9.30	4.33			
30.0 0261-286 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -724535648	Jan-20 28.23 / 64.85	25.64	11.04	8.12	6.48	14.60	
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
15.34		1.00	16.34	9.30	16.34			

No: 0418626
ORIGINAL
 Reçu 1 de 2

Passera: 27/01/2020 à 00:18
 Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page
REÇU OFFICIEL

Quantité N° de RX DIN	Nom du médicament Féteur No de référence	Période cumulatives	Montant RA	Montant Assuré	Contribution de l'assuré			
					Franchise	Coass.	À PAYER	
60.0 0261-285 02-333-856	JANUMET 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -724536298	Jan-20 64.06 / 29.02	96.84	61.01	0.00	35.83	35.83	
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
82.20		5.35	87.55	9.29	87.55			
30.0 0261-284 02-470-225	SANDOZ-PERINDOPRIL 2mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -724498164	Jan-20 69.43 / 23.65	14.51	9.14	0.00	5.37	5.37	
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
4.89		0.32	5.21	9.30	5.21			

No: 0418626
ORIGINAL
 Reçu 2 de 2

Passera: 27/01/2020 à 00:18
 Merci de nous faire confiance

Total: 69.43\$
REÇU OFFICIEL