

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.

Éducation :

- 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 caractére personnel.

21351

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Moujoud Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 5145468508 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TABI NADIA 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.

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) :



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
ou du Pharmacienn
HARMACIENNE
LIÉE À PHARMAPRIX
34, boul Curé-Labeylie
Arr Ste-Foye
Laval QC H7L 4T7
Téléphone 453-2012

1 Date 28/12/20

Montant de la Facture

23,65

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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.

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

INSTRUCTIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

générales :

servé à l'adhérent doit être sûrement renseigné.

servé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. La feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

éable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que les actes effectués en série.

ment, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

caments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

logie :

qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être renseignées au praticien pour toute demande de remboursement.

tier du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

Le médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

able renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de soins. La facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

hèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à joindre à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

re jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

ins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

en Longue Durée ALD et ALC :

maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

ils utiles

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

ement de statut : adhesion@mupras.com

ect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

en Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
ca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-519070

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 6773

Matricule :

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUJOU D MOHAMMED

Date de naissance :

26 / 12 / 1957

Adresse :

301-559 RUE SAINT LOUIS LAVAL (QC)

HTV 0C5

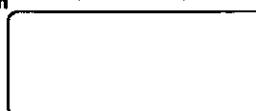
CANADA

Tél. : 514 546 85 08

Total des frais engagés : CAD 23,65 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

TALBI Nadia

Age : 49

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : Laval

Le : 02 / 01 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-519070

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

Nom de l'adhérent(e) :

MOUJOU D

Total des frais engagés :

23,65 \$

Date de dépôt :



0261-284

REP. Ad. 2020/02/19 2

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: 2019/12/28

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/12/25



0261-285

REP. Ad. 2020/02/19 2

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg) Comp.
PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR
JOUR MATIN ET SOIR EN
MANGEANT *EN150*

Talbi Nadia

Servi: 2019/12/28

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/12/25



0261-286

REP. Ad. 2020/02/19 2

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

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

Talbi Nadia

Servi: 2019/12/28

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/12/25



0281-758

REP. Ad. 2020/08/28 8

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

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

Talbi Nadia

Servi: 2019/12/28

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/12/25



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	ROSUVASTATIN 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
Ste-Rose
Laval QC H7L 4T7
450.625.2913



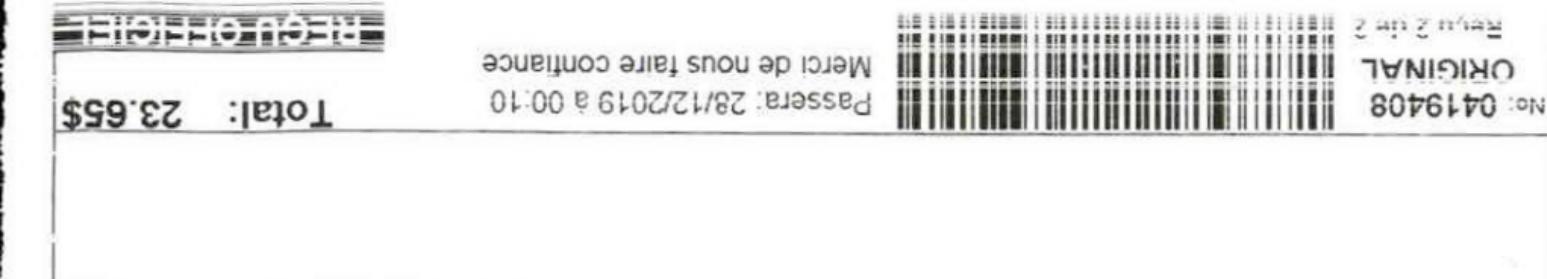
Date: 2019/12/28 16H15

Yvonne Khambila pharmacienne Nadia Tabdi Nadia
334 Boul. Côte-Labille, Saline-Rose, Laval, L7-2400 boulevard de la R
(450) 625-2913, fax (450) 625-4399 Laval, QC
H7Z 4A1 514 546-8508



Date: 2019/12/28 16h

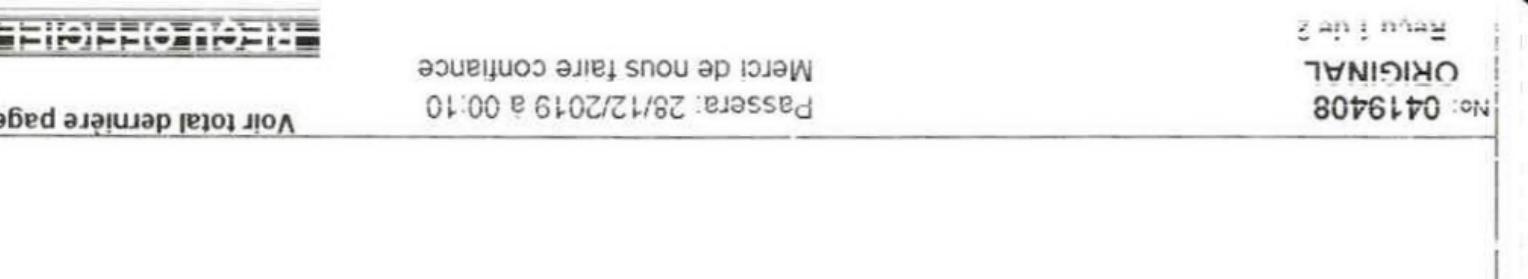
Talbi Nadia
17-2400 boulevard
Lavallée, QC
H2L 4L1
514 546-8



ssera: 28/12/2019 à 00:10

ORIGINAL
No: 0419408

66



Passera: 28/12/2019 à 00:10
Merci de nous faire confiance

ORIGINAL
No: 0419408