

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-519076

MD = 24306

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 6773		RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUJOUAD MOHAMED		Date de naissance : 26/12/1957	
Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis CANADA		Tél. : 514 546 85 08 Total des frais engagés : CAD 36,14 \$	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : MOUJOUAD MOHAMED Age: 62	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : GIAUCA	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 09 MARS 2020	
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 : L'AVAL Signature de l'adhérent(e) : MOUJOUAD MOHAMED, 02/03/2020





YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
~ STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7
450-625-2913

0292-020

Ad:2020/11/18 REP 11



5 SANDOZ-TRAVOPROST (0.004%) Gttes Opht
INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR
JOEUR AU COUCHER DANS L'OEIL
AFFECTÉ



MOUJOUUD MOHAMED Servi: 2020/02/01
187-002 Dr: L.CHRONNE Jeter: 2020/02/28

11,18



YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
~ STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7
450-625-2913

0292-018

Ad:2020/11/18 REP 11



10 MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL (2%-0.5%)
INSTILLEZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR
JOEUR DANS LES 2 YEUX AUX 12
HEURES



MOUJOUUD MOHAMED Servi: 2020/02/01
187-002 Dr: L.CHRONNE Jeter: 2020/03/02

24,96

36,14

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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
YVONNE RETAILLEAU PHARMACIENNE AFFILIÉE À PHARMAPRIX 334, boul Côte-Labelle Arr Ste-Rose Laval QC H7L 4T7	01/02/20	36.14 \$

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

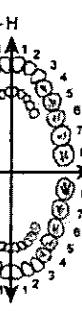
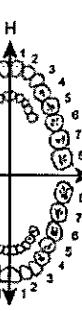
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	0	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
0	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOSSIER PATIENT

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

PATIENT: MOUJOUUD MOHAMED

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

Sexe: M Langue: Français
 Naissance: 1957/12/26 Age: 62 ans
 Taille: 0,00 m. Poids: 0,00 Kg
 R.A.M.Q: MOUM 5712 2612 /12

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie	Meilleur Médecin	Ren à donner	Ren données	Durée
2020/02/01	0292-020	5,0	SANDOZ-TRAVOP ROST 0.004% Gtte Oph.	RS	INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER DANS L'OEIL AFFECTE	L.CHARBONNEAU (1870021)	11/1	28	
Orig: 2019/11/26							Ad: 2020/11/18		
2020/02/01	0292-018	10,0	MED-DORZOLAMI DE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Oph.	RS	INSTILLEZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX AUX 12 HEURES	L.CHARBONNEAU (1870021)	11/1	28	
Orig: 2019/11/26							Ad: 2020/11/18		
2020/01/27	0298-416	5,0	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo	NS	20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0	30	
							Ad: 2021/01/16		
2020/01/27	0298-414	30,0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0	30	
							Ad: 2021/01/16		
2020/01/27	0298-413	5,0	LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo	NS	18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0	30	
							Ad: 2021/01/16		
2020/01/27	0298-412	30,0	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0	30	
							Ad: 2021/01/16		
2020/01/27	0298-411	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0	30	
							Ad: 2021/01/16		


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



Yvonne Khamla pharmacienne

334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-LOUIS

(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

H7V-0C5, 514 546-8508

MCUJOUD MOHAMED

Date: 2020/02/01 16H46

RAMO: MOUM 5712 2612



Quantité Nombre de DIN	Nom du médicament Préscripteur No de référence	Période CUMULATIVE	Montant RX	Montant ASSUREUR	Contribution de l'assuré			
					Franchise	Coass.	À PAYER	
10.0 0292-018 02-437-686	MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Oph. L.CHARBONNEAU Acceptée : -720312683	Fév-20 24.96 / 68.12	30.42	5.46	21.75	3.21	24.96	
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
19.89	1.29	21.18	9.24	21.18				
5.0 0292-020 02-413-167	SANDOZ-TRAVOPROST 0.004% Gtte Oph. L.CHARBONNEAU Acceptée : -720312680	Fev-20 36.14 / 56.94	30.22	19.04	0.00	11.18	11.18	
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
19.70	1.28	20.98	9.24	20.98				

No: 0419420
ORIGINALPassera: 27/01/2020 à 00:16
Merci de nous faire confiance

Reçu 2 de 2

Total: 36.14\$

