

# 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](http://www.mupras.com)

55334

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6773	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
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 :	
Lien de parenté :	
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

**Moujoud Mohamed** **ACCUEILLI.**

**Glaucome**

**Le : 12/10/2020**



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
PHARMAPRIX Duqué-Labelle Rose H7L 4T7	8/10/2020	11,26\$
	8/10/2020	20,57\$

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

**ORDONNANCE DE DÉPART**

Date : 19.01.2019

Nom: Moujoud Mohamed

**Rx**

- Alphaghan P
- Azarga
- Azopt
- Cosopt
- Cosopt (sans préservatif OP91)
- Combigan
- Diamox
- Duo Trav (5 ml) \*OP39
- Lumigan RC (5 ml)
- Neptazane
- Pilocarpine \_\_\_\_ %
- Timoptic 0,5%
- Timoptic-XE 0,5%
- Travatan (5 ml)
- Travatan z
- Trusopt
- Xalacom \*OP39
- Xalatan
- Autres: L.Charbonneau

1 gtte \_\_\_\_\_ BID  
1 gtte \_\_\_\_\_ BID  
1 gtte \_\_\_\_\_ BID  
1 gtte 04 BID  
1 gtte \_\_\_\_\_ BID  
1 gtte \_\_\_\_\_ BID  
mg p.o. ID (#)  
1 gtte \_\_\_\_\_ DIE  
1 gtte \_\_\_\_\_ QHS  
p.o. ID (#)  
gtte \_\_\_\_\_ BID  
gtte \_\_\_\_\_ DIE  
1 gtte \_\_\_\_\_ QHS  
1 gtte 04 QHS  
1 gtte \_\_\_\_\_ BID  
1 gtte \_\_\_\_\_ QHS  
1 gtte \_\_\_\_\_ QHS  
Renouvelable 12 fois

**0292-020**  
5 SANDOZ-TRAVOPROST (0,004%) Gtde Opt. Ad 2020/11/18 REP 7  
INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER DANS L'OEIL  
**AFFECTÉ**



**YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE 450-625-2913**  
334 CURE-LABELLE  
STEREOSE, LAVAL, QC H7L 4T7  
187-002 DR L CHARBONNE Jeter: 2020/11/05

2020/10/08

187-002 DR L CHARBONNE Jeter: 2020/10/08

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE 450-625-2913  
334 CURE-LABELLE  
STEREOSE, LAVAL, QC H7L 4T7



2020/10/08

**0292-018**  
10 MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL (2%-0,5%)  
INSTILLEZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX AUX 12 HEURES  
**0292-018**  
10 MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL (2%-0,5%)  
INSTILLEZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX AUX 12 HEURES  
**YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE 450-625-2913**  
334 CURE-LABELLE  
STEREOSE, LAVAL, QC H7L 4T7  
187-002 DR L CHARBONNE Jeter: 2020/10/08



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOUUD MOHAMED

334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval H3T 5S9 ST-LOUIS  
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

Date: 2020/10/08 09H40

RAMO: MOUM 5712 2612



H7V-0C5, 514 546-8508

Quantité No de RX DIN	Nom du médicament Préscripteur No de référence	Période cumul / res	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 : RAMO -539383525 000014	Oct-20 38.67 / 56.64	30.42	19.16	0.00	11.26	11.26
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		

No: 0455330



ORIGINAL

Reçu 1 de 1

Passera: 08/10/2020 à 00:09  
Merci de nous faire confiance

Total: 11.26\$

REÇU OFFICIEL



Yvonne Khamla pharmacienne    MOUJOUUD MOHAMED  
 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

Date: 2020/10/08 09H40

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Préscribeur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
5.0 0292-020 02-413-167	SANDOZ-TRAVOPROST 0.004% Ctte Opht. L.CHARBONNEAU Acceptée : RAMQ -539374982 000013	Oct-20 38.67 / 56.64	30.22	9.65	14.91	5.66	20.57
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: 0455329  
ORIGINAL  
Reçu 1 de 1



Passera: 08/10/2020 à 00:09  
Merci de nous faire confiance

Total: 20.57\$

REÇU OFFICIEL

Accumulez des points encore plus rapidement  
avec la carte de crédit Mastercard<sup>MD</sup>  
Services financiers le Choix du Président<sup>MD</sup>.  
Pour en savoir plus, visitez le site [pcfinance.ca](http://pcfinance.ca).



[pcoptimum.ca](http://pcoptimum.ca)

## OBTENEZ DES RÉCOMPENSES À VOTRE IMAGE.

Inscrivez-vous au programme PC Optimum et obtenez des récompenses conçues pour vous, des invitations à des événements exclusifs ainsi que des offres spéciales sur les produits que vous achetez le plus souvent. Inscrivez-vous à [pcoptimum.ca](http://pcoptimum.ca).

Obtenez un remboursement ou un échange dans les 30 jours suivant la date d'achat initiale. Les remboursements sont effectués selon le mode de paiement initial. Renseignez-vous en magasin ou en ligne à [pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca) pour connaître la politique de remboursement complète et les exclusions.



[pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca)

## Il est facile d'échanger vos points PC Optimum!

Chaque tranche de 10 000 points équivaut à 10 \$ de RÉCOMPENSES GRATUITES.

POINTS	VALEUR D'ÉCHANGE
10 000	10 \$
20 000	20 \$
30 000	30 \$
Et vous pouvez échanger jusqu'à...	
500 000	500 \$

Accumulez des points encore plus rapidement avec la carte de crédit Mastercard<sup>MD</sup>  
Services financiers le Choix du Président<sup>MD</sup>.  
Pour en savoir plus, visitez le site [pcfinance.ca](http://pcfinance.ca).



[pcoptimum.ca](http://pcoptimum.ca)

## OBTENEZ DES RÉCOMPENSES À VOTRE IMAGE.

Inscrivez-vous au programme PC Optimum et obtenez des récompenses conçues pour vous, des invitations à des événements exclusifs ainsi que des offres spéciales sur les

# YVONNE KHAMLA

PQ 1865

334 CURE-LABELLE, LAVAL, QC, H7L 4T7  
450-625-2913

Oct. 08, 2020 9:44 AM

1865 1001 167920 500001 3

ORDONNANCE 11,26 N X 11,26  
ORDONNANCE 20,57 N X 20,57

SOUS-TOTAL: 31,83

2 Articles TOTAL: \$31,83

CARTE DE DÉBIT 31,83

TPS #:80302 1757RT0001 TVQ #:1201351622TQ0000  
1



9990218651001001679205

\*\*\*\*\*  
Partagez votre opinion sur notre magasin!  
Rendez-vous sur [www.pharmaprixsondage.com](http://www.pharmaprixsondage.com)  
ou composez le 1-800-701-9163. Courez la  
chance de gagner l'un des 2 prix mensuels de  
1 million de points PC Optimum ou de 1 000 \$  
en cartes-cadeaux. Consultez le  
[www.pharmaprixsondage.com](http://www.pharmaprixsondage.com) pour  
tous les règlements du concours.

Numéro de certificat:12385200-6895212

\*\*\*\*\*  
Conservez reçu pour retour dans les 30  
jours. Visitez [pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca) des exclusions.

## TYPE : ACHAT

COMPTE: FLASH DEFAULT \$ 31.83

Type de carte: Interac

NUMERO CARTE: \*\*\*\*\*4293

DATE/HEURE: 20/10/08 09:44:47

NUMERO REF: 66341392 0016580020 H

AUTOR #: 005665

INTERAC

A0000002771010 8080008000

00/001 APPROUVEE - MERCI

-- IMPORTANT --

Conserver cette copie pour vos dossiers

\*\*\* COPIE DU CLIENT \*\*\*