

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 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 tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° W19-574760

55334

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6773 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Moutoud Mohamed

Date de naissance : 26-12-1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis
LAXAL (OL) H7V 0C5

Tél. : 5145468508 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Moutoud Mohamed

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

Nature de la maladie : Glaucome

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 : LAXAL Le : 12/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/10/2020	11,26\$
	8/10/2020	20,57\$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborantin ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

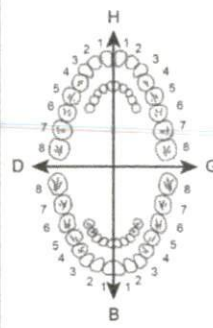
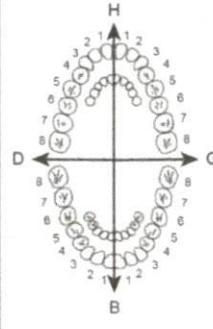
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT 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. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE DE DÉPART

Date : 19.01.2019

Nom: Moujoud Mohamed

- Rx
- ☐ Alphaghan P 1 gtte BID
 - ☐ Azarga 1 gtte BID
 - ☐ Azopt 1 gtte BID
 - ☒ Cosopt 1 gtte ou BID
 - ☐ Cosopt (sans préservatif OP91) 1 gtte BID
 - ☐ Combigan 1 gtte BID
 - ☐ Diamox mg p.o. ID (#)
 - ☐ Duo Trav (5 ml) *OP39 1 gtte DIE
 - ☐ Lumigan RC (5 ml) 1 gtte QHS
 - ☐ Neptazane p.o. ID (#)
 - ☐ Pilocarpine % 1 gtte ID
 - ☐ Timoptic 0,5% 1 gtte BID
 - ☐ Timoptic-XE 0,5% 1 gtte DIE
 - ☐ Travatan (5 ml) 1 gtte QHS
 - ☒ Travatan z 1 gtte ou QHS
 - ☐ Trusopt 1 gtte BID
 - ☐ Xalacom *OP39 1 gtte QHS
 - ☐ Xalatan 1 gtte QHS
 - ☐ Autres: L. Charbonneau

Renouvelable 12 fois

Signature du médecin

- ☐ Alotaibi, Noor 15048
- ☐ Bélair, Marie-Lyne 06-175
- ☐ Biernacki, Katarzyna 13-160
- ☐ Callejo, Sonia 11-0506-3
- ☐ Hammamji, Karim 13-534
- ☐ Harasymowycz, Paul 01-359-8
- ☐ Hasan, Jesia 15542
- ☐ Heckler, Lisa 15035
- ☐ Jaworski, Laurence 11-1467-7
- ☐ Lepage-Létourneau, Pierre 13-372

- ☐ Montplaisir, Sylvie 81-203-1
- ☐ Mwilambwe, Annick 11-046-3
- ☐ Paquin, Michel 66-046-3
- ☐ Rezende, Flavio 09321
- ☐ Singh Harmanjit 14784
- ☐ Swieca, Richard 85-501
- ☐ Wein, Francine 98-342
- ☐ Youhnovska, Pavlina 12-747
- ☐ Institute du glaucôme de Montréal

0292-020
5 SANDOZ-TRAVOPROST (0.004%) Gtte Opt
INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR
JOUR AU COUCHER DANS L'OEIL
AFFECTE

MOUJOU MOHAMED Servi: 2020/10/08
187-002 Dr. L. CHARBONNEAU Jeter: 2020/11/05



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

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

8/10/20



YVONNE KHAMLA
PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7



0292-018
10 MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL (2%-0.5%)
INSTILLEZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR
JOUR DANS LES 2 YEUX AUX 12
HEURES



MOUJOU MOHAMED Servi: 2020/10/08
187-002 Dr. L. CHARBONNEAU Jeter: 2020/11/07



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOUH MOHAMED

Date: 2020/10/08 09H40

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

RAMO: MOUM 5712 2612



Quantité DU DE RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant ASSURÉ	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	À PAYER	
10.0 0292-018 02-437-686	MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Ophth. 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\$





Yvonne Khamla pharmacienne **MOUJOUR 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 du DE RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant Assurée	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	À PAYER	
5.0 0292-020 02-413-167	SANDOZ-TRAVOPROST 0.004% Gtte Ophth. 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



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

Total: 20.57\$



Accumulez des points encore plus rapidement
avec la carte de crédit Mastercard^{MD}
Services financiers le Choix du Président^{MD}.
Pour en savoir plus, visitez le site pcfinance.ca.



pc optimum.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 pc optimum.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 pour connaître la politique de remboursement complète et les exclusions.



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^{MD}
Services financiers le Choix du Président^{MD}.
Pour en savoir plus, visitez le site pcfinance.ca.



pc optimum.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

TOTAL: \$31,83

2 Articles

CARTE DE DÉBIT 31,83

TPS #:80302 1757RT0001 TVQ #:1201351622TQ000

1



9990218651001001679205

Partagez votre opinion sur notre magasin!

Rendez-vous sur 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 pour

tous les règlements du concours.

Numéro de certificat:12385200-6895212

Conservez reçu pour retour dans les 30
jours. Visitez 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 ***