

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

Biologie 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 ALP :

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° M20- 0000020

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : 55346

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Noujoud Mohamed

Nom & Prénom : Noujoud Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TALBI 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-00020

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

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° W19-519076

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 6773 Société : RAM

Matricule : 6773

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAJOUH Mohamed

Date de naissance : 26 Décembre 1957

Adresse : 301-555 Rue Saint-Louis
LAVAL (QC) 471 055 (ANTANA)

Tél. : 514 516 8508 Total des frais engagés : MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : 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 : 27/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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	Montant de la Facture
YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE AFFILIÉE A PHARMAPRIX 334, boul. Curé-Labelle Arr. Ste-Rose Laval QC H7L 4T7 450 523-2913	69,43 \$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

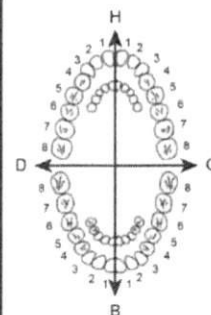
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

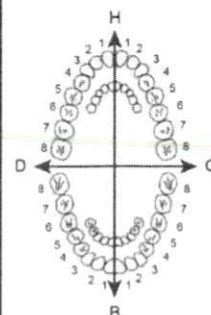
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECEIVED 03/27/2020 07:55AM 4509020919
 © 27-03-2020 14:54 ET Fax Services

MEDECINE FAMILIALE
 4509020919

pg 1 of 1

22230

ORDONNANCES À RENOUELER PAR TÉLÉCOPIE

Nom du médecin: NACÉRA CHABANE-CHAOUGH

No de téléphone: (450) 902-0913

Imprimé le: 2020-03-27

Adresse: 102-1875 RUE MAURICE GAUVIN, LAVAL

No de télécopieur: (450) 902-0919



Transmission confidentielle par télécopieur

Pharmacie: Yvonne Khamla pharmacienne, 334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval

No de télécopieur: (450) 625-4599 No de téléphone: (450) 625-2913 Date et heure: 2020/03/27 14h48

Talbi Nadia

17-2400 boulevard de la R

Laval, QC

H7L-4L1, 514 546-8508

Né: 1971-03-14

RAMQ: TALN 7153 1410 16 12

É: Ch Lit

Allergies/intolérances

Pathologies

Nom du médicament Posologie Indications Heures de prise	Qté original prescrite	Nombre original de renouvellements	Renouvellements Validité de l'ordonnance Date du dernier service Dernière quantité émise	Arrêt Prescripteur	Qté	Nb ren
PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN *AVEC COVERSYL 2 MG*	30,0	12	Renouvellements restants: 0 Valable jusqu'au: 2020/02/19 Date de service: 2020/02/26 Dernière quantité: 30,0	X	1405	Rx 12
JANUMET 500mg-50mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR MATIN ET SOIR EN MANGEANT *EN: 50*	60,0	12	Renouvellements restants: 0 Valable jusqu'au: 2020/02/19 Date de service: 2020/02/26 Dernière quantité: 60,0		N. CHABANE-CHAOUGH	
SANDOZ-PERINDOPRIL 2mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR MEVE HEURE CHAQUE JOUR *AVEC COVERSYL PLUS 4/1.25*	30,0	12	Renouvellements restants: 0 Valable jusqu'au: 2020/02/19 Date de service: 2020/02/26 Dernière quantité: 30,0		N. CHABANE-CHAOUGH	
					N. CHABANE-CHAOUGH	

Certification du prescripteur

Je certifie que
 - cette ordonnance est une ordonnance originale
 - le pharmacien titulaire prescripteur est le seul destinataire
 - l'original ne sera pas réutilisé.

Bonjour, acceptez-vous de renouveler ?

Commentaire(s):

Signature du médecin:

Initiales du pharmacien:

No. de licence:

3-0-MARS 2020

Date:

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

Cette télécopie est confidentielle et est destinée à être reçue par le destinataire uniquement. Si le lecteur n'est pas le destinataire de celle-ci, vous êtes informé que toute diffusion, distribution ou copie de ce document est strictement interdite.

0306-392

Ad: 2021/03/27 0

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

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

Talbi Nadia

Servi: 2020/03/27

428-190 Ph: R.Richards

Jeter: 2021/03/25

0281-758

Ad: 2020/03/28 5

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

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

Talbi Nadia

Servi: 2020/03/27

104-004 Dr: N.CHABANE-C

Jeter: 2021/03/25

0306-391

Ad: 2021/03/27 0

30 SANDOZ-PERINDOPRIL (2mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR
MEME HEURE CHAQUE JOUR AVEC
COVERSYL PLUS 4/1.25*
(PROLONGATION)

Talbi Nadia

Servi: 2020/03/27

428-190 Ph: R.Richards

Jeter: 2021/03/25

Janumet

27/03/2020

Yvonne Khamla pharmacienne Talbi Nadia
334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 17-2400 boulevard de la R
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC
H7L-4L1, 514 546-8508

Date: 2020/03/27 13H53
RAMQ: TALN 7153 1410

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Cóass.	À PAYER
30.0 0306-392 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. R. Richards Acceptée RAMQ -678030857 008784	Mar 33.60 / 59.48	25.64	16.15	0.00	9.49	9.49
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total		15.34 1.00 16.34		Hon Prof. 9.30	Prix RGAM 16.34		
60.0 0306-390 02-333-856	JANUMET 500mg-50mg Comp. R. Richards Acceptée RAMQ -678028147 008785	Mar 69.43 / 23.65	96.84	61.01	0.00	35.83	35.83
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total		82.20 5.35 87.55		Hon Prof. 9.29	Prix RGAM 87.55		
<p>No: 0428415 ORIGINAL Reçu 2 de 2</p> <p>Passera: 27/03/2020 à 00:13 Merci de nous faire confiance</p> <p>Total: 69.43\$</p> <p>REÇU OFFICIEL</p>							