

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.

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.

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.

Thérapie :

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
mise 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 à caractère personnel.

ND : 76022
Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6772

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Toujours 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 :

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) :

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.

N° W21-635158

6773

Maladie

Dentaire

Optique

Au

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6773

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Moujoud Mohamed

Date de naissance :

26/12/1957

Adresse :

301-559 Rue Saint Louis

Laval (86)

Tél. : 514 546 8508

Total des frais engagés : CAD 8,10 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Moujoud Mohamed Age: 64

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-635158

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) : Moujoud

Total des frais engagés : CAD 8,10 \$

Date de dépôt :

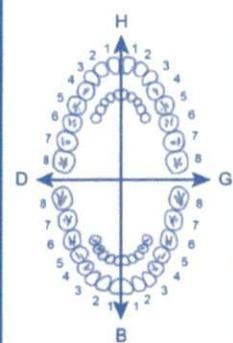
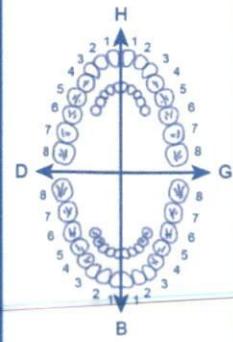
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
PHARMA KHAMALA AFFILIÉE À PHARMACIE 834, boul Côte-Labré Laval QC H7L 4T7	1/6/2021	8,10\$	
		A. Minh Van, pharmacienne	
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	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.

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"/>																														
																																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																		
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																		
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																		
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552																																
D	00000000	00000000																																
G	00000000	00000000																																
B	35533411	11433553																																
H	25533412	21433552																																
D	00000000	00000000																																
G	00000000	00000000																																
B	35533411	11433553																																
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																		

REÇU 04/08/2021 14:08 4506254599
04/08/2021 02:09PM 4509020919

PHARMACIE Y KHAMLA
MEDECINE FAMILIALE
Nacera Dre Chabane Chaouch # 104004

PAGE 01/01

Clinique de Medecine Familiale

1875 Rue Maurice-Gauvin Suite 102
Laval H7S2M5
Tél: 450-902-0943 Fax: 450-902-0919

FAX 450 625 4599

MOUJOUUD MOHAMED

Nam: **MOUM 5712 2612** Exp: **26.12**
Nais: **1957-12-26** Sexe **M** Père:
Tél: **514-546-8508**

Confidentiel

Dossier #
A 22237

2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 17, LAVAL, H7L 4L1

Hopital #

Liste des allergies et intolérances

Aucune allergie connue

Rx-Ordonnance

jeudi 8 avri 2021

DSQ Lax a day 100% POUDRE ORALE

17g DIE pm x 30j Ren:6

Code de médicament d'exception. GI27

Dernière pesée 2020.02.11 / 89.0 Kg

COPIE

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

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004



0349-395

Ad:2023/04/08 **5**

510 LAX-A-DAY PHARMA (100%) Pd Orale

PRENEZ 17 G DE POUDRE

(DILUÉE DANS 250 ML DE

LIQUIDE) 1 FOIS PAR JOUR

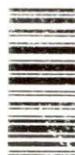


MOUJOUUD MOHAMED

Servi: 2021/06/01

104-004 Dr: N.CHABANE-C

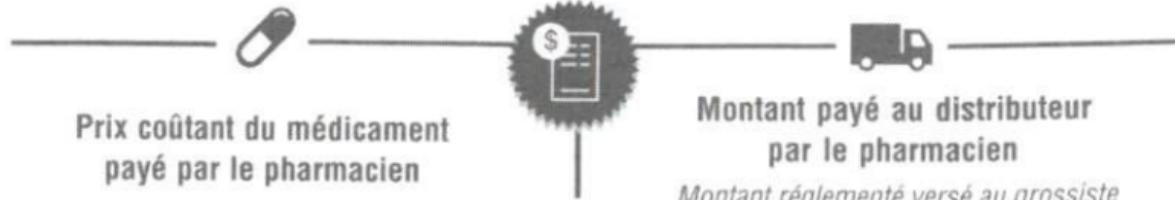
Jeter: 2022/05/30



COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



Honoraires professionnels

composés de:



Consultation pharmaceutique

(Validation de l'ordonnance, analyse du dossier et service-conseil)



Préparation et vérification du médicament



Responsabilité professionnelle et surveillance de la thérapie



Dépenses courantes

(Salaires, loyer, électricité, équipement informatique, frais financiers, etc.)





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

MOUJOUUD MOHAMED

Date: 2021/06/01 16H38

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité N° de Rx DirN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
510.0 0349-395 02-453-193	LAX-A-DAY PHARMA 100% Pd Orale N.CHABANE-CHAOUCH	Jun-21 33.34 / 61.97	23.14	15.04	0.00	8.10	8.10
	Acceptée : RAMQ 3936914264 008786						
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	12.70	0.82	13.52	9.62	13.52		

No: 0493103
ORIGINAL
Reçu 1 de 1



Passera: 01/06/2021 à 00:14
Merci de nous faire confiance

Total: 8.10\$

REÇU OFFICIEL