

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060020

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6273 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TALBI Nardine

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 :

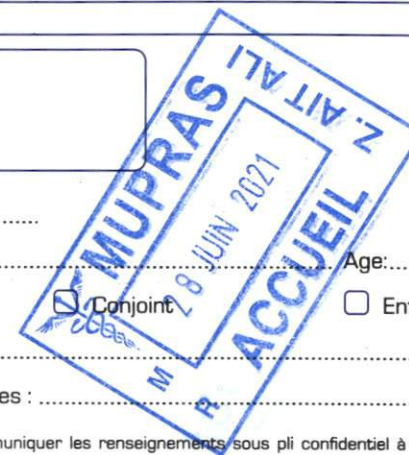
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

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° W21-635160

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : MOUTOUD MOHAMED

Nom & Prénom : MOUTOUD MOHAMED

Date de naissance : 26/12/1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis LAVA (QU) HTV OCS

Tél. : 514 546 8308 Total des frais engagés : EAD 64,75\$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TALBI Nadia Age: 50

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : LAVA (QU) HTV OCS Le : 01/06/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-635160

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) : MOUTOUD
Total des frais engagés : 64,75\$
Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
	2021/5/21	64.74\$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Travaux	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.

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"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<h3>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</h3> <div> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
				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 CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique de Médecine Familiale

1675 Rue Maurice-Gauthier Suite 101
Laval H7S2M5
Tél: 450-902-0943 Fax: 450-902-4070

TALBI NADIA

Nom: TALBI NADIA Exp: 2012
Nais: 1971-03-14 Sexe: F Par:
Tél: 514-546-8508 CELL: 450-241-2575
2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 12, LAVAL, H7L 4L1

Confidentiel

Dossier #
A 22236

Hopital #

Liste des allergies et intolérances
Aucune allergie connue

mardi 4 février 2020

Rx-Ordonnance

- DSQ Coversyl 2 mg COMPRIME
1 boîte (30 x 1) 30 x 12
- DSQ Janumet 500+50mg COMPRIME
1 boîte (30 x 1) 30 x 12
- DSQ Janumet 500+50mg COMPRIME
1 boîte (30 x 1) 30 x 12
- DSQ Janumet 500+50mg COMPRIME
1 boîte (30 x 1) 30 x 12

Numéro presc: 2020-02-04 36.3 8 Kg

copie

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

Chabane 06004

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

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

0310-095

60 JANUMET (500mg-50mg) Comp

**PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR
JOUR MATIN ET SOIR EN
MANGEANT *EN150***

Talbi Nadia Servi: 2021/05/21
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2022/05/19

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

0310-094

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

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

Talbi Nadia Servi: 2021/05/21
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2022/05/19

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

0310-093

30 PERINDOPRIL ERBUMINE (2mg) Comp

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

Talbi Nadia Servi: 2021/05/21
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2022/05/19

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

0310-096

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp

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

Talbi Nadia Servi: 2021/05/21
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2022/05/19



Yvonne Khamla pharmacienne Talbi Nadia
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: 2021/05/21 11H32

RAMQ: TALN 7153 1410



Yvonne Khamla pharmacienne Talbi Nadia
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: 2021/05/21 11H32

RAMQ: TALN 7153 1410



Quantité NU de RA NIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant ASSUREUR	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	A PAYER	
30.0 0310-096 02-405-636	ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 3924122074 006675	Mai-21 13.95 / 81.36	13.95	0.00	13.95	0.00	13.95
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 4.07 0.26			4.33	9.62	4.33		
60.0 0310-095 02-333-856	JANUMET 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 3924108803 006676	Mai-21 53.34 / 41.97	97.14	57.75	8.30	31.09	39.39
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 82.19 5.35			87.54	9.60	87.55		

No: 0490418

ORIGINAL

Reçu 1 de 2

Passera: 21/05/2021 à 00:11
Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page

RECU OFFICIEL

Quantité NU de RA NIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant ASSUREUR	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	A PAYER	
30.0 0310-094 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 3924114912 006677	Mai-21 59.56 / 35.75	17.77	11.55	0.00	6.22	6.22
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 7.67 0.50			8.17	9.60	8.17		
30.0 0310-093 02-481-634	PERINDOPRIL ERBUMINE 2mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 3924119210 006678	Mai-21 64.74 / 30.57	14.81	9.63	0.00	5.18	5.18
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 4.89 0.32			5.21	9.60	5.21		

No: 0490418

ORIGINAL

Reçu 2 de 2

Passera: 21/05/2021 à 00:11
Merci de nous faire confiance

Total: 64.74\$

RECU OFFICIEL