

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ctique :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## aladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

ND

76023

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6273

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TALBI Nadia

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 : .....

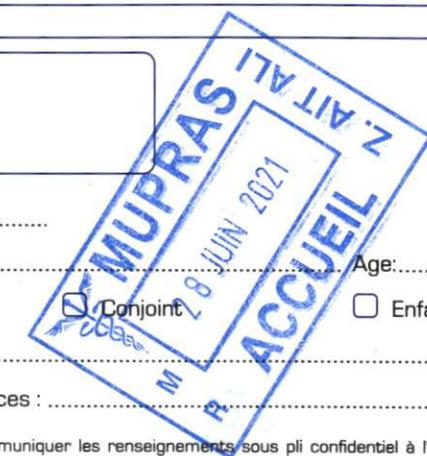
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

**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)



## Déclaration de Maladie

N° W21-635160

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Au
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6773	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : MOUSSAOUD MOHAMED			
Date de naissance : 26/12/1957			
Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis LAVAL (Q) H7V 0C5			
Tél. : 514 546 8308 Total des frais engagés : CAD 64,75\$			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : TALBI Nadia Age: 50			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

LAVAL (Q)

Le : 01/06/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
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) : MOUSSAOUD  
 Total des frais engagés : CAD 64,75\$  
 Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
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"/>

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

#### — VIOLET ADHERENT

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

Clinique de Médecine Faîte à l'Or  
1675 Rue Maurice-Gauvin Bureau 310  
Laval H7S 2M6  
Tél: 450 622-0943 Fax: 450 9024-370

**TALBI NADIA**  
Nim: TALN 7153 1410      Exp: 28/12  
Nais: 1971-03-14 Sexe: F      Pex:  
Tel: 514-546-8508 CELL: 450-241-2575  
2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 17, L'AVAL, H7L 4L1

Liste des allergies et intolérances

Aucune allergie connue

Confidentiel

Dossier #  
A 22236

Hopital #

mardi 4 février 2020

copie

**Rx-Ordonnance**

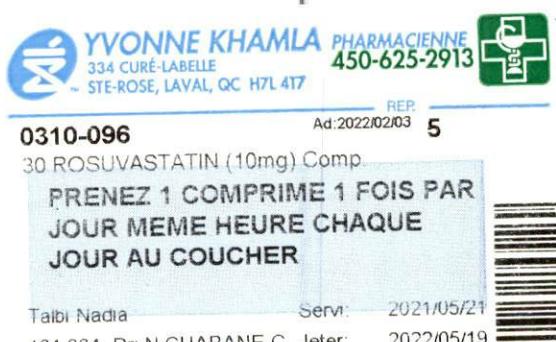
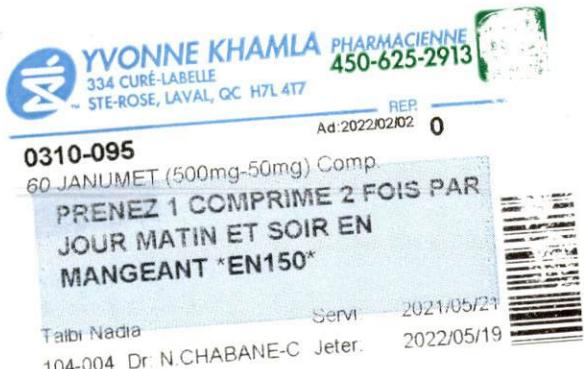
- DSQ Covernyl 2 mg COMPRIME  
Tiro diff 450-241-2575 Boul 12  
DSQ Covernyl 2 mg COMPRIME  
Tiro diff 450-241-2575 Boul 12  
DSQ Janumet 500/50mg COMPRIME  
Tiro diff 450-241-2575 Boul 12  
DSQ Covernyl 2 mg COMPRIME  
Tiro diff 450-241-2575 Boul 12

premier pesage: 2020-02-04 7:36,7 3 Kg

Chabane 04004

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

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




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

**No:** 0490418 **Passera:** 21/05/2021 à 00:11 **Voir total dernière page**  
**ORIGINAL**  
Reçu 1 de 2



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

**No:** 0490418 **Passera:** 21/05/2021 à 00:11 **Total: 64.74\$**  
**ORIGINAL**  
Reçu 2 de 2

