

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- Reclamation : 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° M21- 0060019

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boujoud 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 :

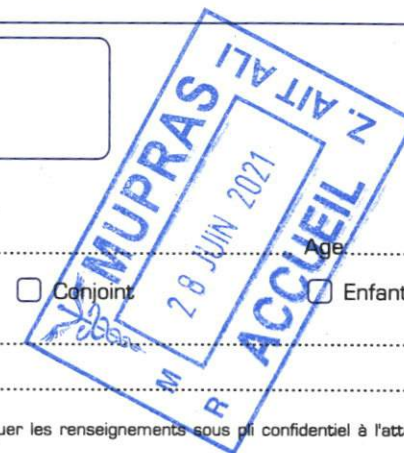
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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° W21-635162

6773

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUJOU MOHAMED

Date de naissance : 26.12.1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis HTVOCE

Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 25,24 \$

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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

Fait à : LAVAL (OC)

Le : 01/06/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-635162

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 :

6771

Nom de l'adhérent(e) : MOUJOU

Total des frais engagés : 25,24 \$

Date de dépôt :

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
<p>YVONNE KHATLA PHARMACIENNE AFFILIÉE A PHARMAPRIX 334, boul. Cusé-Labellie Aff. Ste Rose Laval, QC H7L 4T7 Tél. 629-2313</p>	2021/6/01	25.24\$
Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Honoraires

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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"/>																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D		B																									
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2021/06/01 14H41

334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-LOUIS

(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

RAMO: MOUM 5712 2612

H7V-0C5, 514 546-8508



Quantité Prescrit Rx In	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	A PAYER	
1.0 348-682 02-437-686	MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Oph. L.JAWORSKI Acceptée : RAMO 3932389069 008116	Jun-21 25.24 / 70.07	30.80	5.56	22.25	2.99	25.24
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	19.89	1.29	21.18	9.62	21.18		

No: 0492196

ORIGINAL

Reçu 1 sur 1



Passera: 01/06/2021 à 00:14

Merci de nous faire confiance

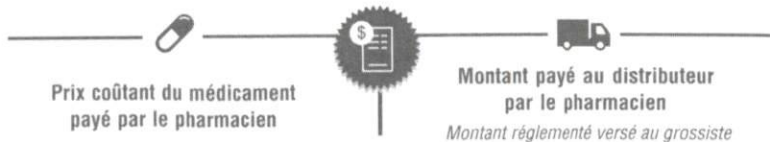
Total: 25.24\$



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.)

Bellevue

CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE

Rx

DMLA

- ☐ Preservision AREDS II, 2 gélules/jour
- ☐ Preservision AREDS II, avec OMEGA-3 2 gélules 2 fois/jour
- ☐ Vitalux Advanced 2 comprimés /jour
- ☐ Vitalux plus OMEGA-3, 2 gélules 2 fois/jour
- ☐ Vitalux MD Advanced CHEWABLE, 2 comprimés/jours
- ☐ Autre : _____

GOUTTES SÈCHESSE

- ☐ Hylo _____ 1 gtte _____
- ☐ Lacri-Lube ong _____
- ☐ Lote _____
- ☐ Ocu _____
- ☐ Rest _____
- ☐ Hyd _____
- ☐ Cell _____
- ☐ Refi _____
- ☐ Syst _____
- ☐ Xiid _____
- ☐ Mu _____
- ☐ Fluorometholone 0.1% _____
- ☐ Doxycycline 100mg _____
- ☐ Muro 128 ong _____
- ☐ Therapearl's Bausch&Lomb compresses chaudes BID x 10min
- ☐ Autre : _____

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

0348-682

10 MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL (2%-0.5%)

**INSTILLEZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR
JOUR AUX 12 HEURES DANS LES
2 YEUX**

MOUJOUH MOHAMED Serv: 2021/06/01

111-467 Dr. L. JAWORSKI Jeter: 2021/07/01

1 gtte OU QID x 3 sem et

BID x 3 sem puis cesser

PO BID x 3 mois et

DIE x 3 mois

Signature du médecin

REPETABLE	1	2	3	4	5	1 an	N/R

Ophtalmologistes

- ☐ Dr Majed Alotaibi 11627
- ☐ Dre Jocelyne Brochu 72217
- ☐ Dre Marie-Lyne Bélair 06175
- ☐ Dre Katarzyna Biernacki 13160
- ☐ Dre Katherine Boudreault 16736
- ☐ Dr Nicolas Cadet 18301
- ☐ Dre Sonia Callejo 10506
- ☐ Dre Louise Charbonneau 87902
- ☐ Dre Johanna Choremis 05003
- ☐ Dr Daniel Desjardins 80223
- ☐ Dr Renaud Duval 13089
- ☐ Dre Raphaëlle Fadous 18294
- ☐ Dre Valérie Grondin 11219
- ☐ Dr Karim Hammamji 13534

- ☐ Dr Paul Harasymowycz 01359
- ☐ Dr Jesia Hasan 15542
- ☐ Dre Lisa Heckler 15035
- ☒ Dre Laurence Jaworski 11467
- ☐ Dr Hubert Landry 11223
- ☐ Dre Gisele Li 06353
- ☐ Dre Katie Luneau 08233
- ☐ Dr Lys Montas 72642
- ☐ Dre Sylvie Montplaisir 81203
- ☐ Dr Sébastien Olivier 02236
- ☐ Dr Amer Omar 06265
- ☐ Dr Michel Paquin 66046
- ☐ Dre Jacinthe Rouleau 06225

- ☐ Dr Richard Swieca 85501
- ☐ Dre Youjia Shen 16849
- ☐ Dre Francine Wein 98342
- ☐ Dre Pavlina Youhnovska 12747
- ☐ Dr Hillel Zukor 18476
- ☐ Autre _____

Optométristes

- ☐ Dre Sarah Aumond 321102
- ☐ Dre Claudine Courey 321207
- ☐ Dr Peter Karwatsky 320013

☒ LAVAL
1685 RUE Fleet-
wood Laval, P.Q.
H7N 4B2

☐ MONTRÉAL
4135 rue de Rouen
Montréal, P.Q.
H1V 1G5

☐ LONGUEUIL
1375 boul. Ste Foy
Longueuil, P.Q.
J4K 1Y1

22 mar 21

Date : Mohamed Majad

GLAUCOME

- ☐ Alphagan P
- ☐ Azarga
- ☐ Azopt
- ☒ Cosopt PF
- ☐ Combigan
- ☐ Acetazolamide 250mg
- ☐ Duo Trav (5ml) *OP39
- ☐ Izba
- ☐ Lumigan RC
- ☐ Monoprost
- ☐ Apo-methazolamide 50mg
- ☐ Pilocarpine _____ %
- ☐ Simbrinza
- ☐ Timoptic
- ☒ Travatan Z (5ml)
- ☐ Trusopt
- ☐ Vyzulta
- ☐ Xalacom
- ☐ Xalatan
- ☐ Autre _____

- 1 gtte _____ BID
- 1 gtte _____ BID
- 1 gtte _____ BID
- 1 gtte _____ BID
- 1 gtte _____ BID
- Per-os _____ BID
- 1 gtte _____ qAM
- 1 gtte _____ qHS
- 1 gtte _____ qHS
- 1 gtte _____ qHS
- Per-os _____ BID
- 1 gtte _____ TID
- 1 gtte _____ BID
- 1 gtte _____ DIE
- 1 gtte _____ QHS
- 1 gtte _____ BID
- 1 gtte _____ qHS
- 1 gtte _____ qAM
- 1 gtte _____ qHS

COPY