

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Thérapeutique :

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

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

ND

Maladie Dentaire f6021 Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

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 :

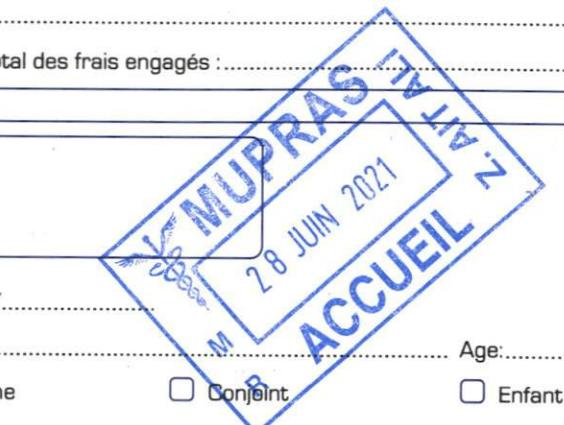
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Le : / /



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



Déclaration de Maladie

N° W21-635164

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

6773

Société :

RAM

Matricule :

6773

Autre :

MouJoud Mohamed

Nom & Prénom :

26.12.1957

Date de naissance :

301-559 Rue Saint-Louis

Adresse :

LAYAL (QG)

H7V 0C9

Tél. :

514 546 8508

Total des frais engagés :

42 29,51 \$

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 01.06.21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-635164

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 : 29,51 \$
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Types des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LE PHARMACIE DU CLUSSEAU SAINT-CLAIR ARR. STE-Rose Laval QC H7L 1C9 450-625-2034	2021/5/21	29,51\$

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

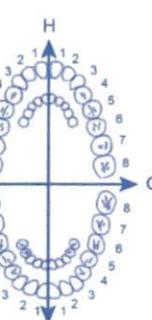
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux <input type="text"/>
D 00000000	G 00000000			Montants des soins <input type="text"/>
B 35533411				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCES À RENOUVELER PAR TÉLÉCOPIE

Nom du médecin NACERA CHABANE-CHAOUCH
Adresse: 102-1875 RUE MAURICE-GAUVIN, LAVALNo de téléphone: (450) 902-0943
No de télécopieur: (450) 902-0919Imprimé le: 2020/08/18

72237

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) 625-2013 Date et heure: 2020/08/18 19H31MOUJOUJD MOHAMED
301-558 ST-LOUIS
Laval, QC
HTV-0C5, 514 546-8508Né: 1957/12/26
RAMQ: MOUN 5712 2612 /

Et: Ch: LII:

Allergies/Intolérances: Pas d'allergie déclarée
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	Qté	Nb ref.
APIDRA SOLOSTAR 100U/ml Stylo 20 UNITÉS SOUSCUTANÉE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	5.0	6	Renouvellements restants: 1 Validé jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/07/23 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>	X 1 MARS	12/12
LANTUS SOLOSTAR 100U/ml Stylo 18 UNITÉS SOUSCUTANÉE AU COUCHER	5.0	6	Renouvellements restants: 1 Validé jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/07/23 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>	N. CHABANE-CHAOUCH	
ROSUVASTATIN 10mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	30.0	6	Renouvellements restants: 1 Validé jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/05/25 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>	N. CHABANE-CHAOUCH	
PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	30.0	6	Renouvellements restants: 1 Validé jusqu'au: 2021/01/16	<input type="checkbox"/>	N. CHABANE-CHAOUCH	

ACIENNE
25-29135
05/21
FOIS
06/18

Date de service: 2020/06/25
Dernière quantité: 30.0

N.CHABANE-CHAOUCH

JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. 30.0
PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU
DU REPAS

Renouvellements restants: 2
Valide jusqu'au: 2021/01/16
Date de service: 2020/06/26
Dernière quantité: 30.0

N.CHABANE-CHAOUCH

Ad: 2022/06/26

0320-751

YVONNE KHAMLA PHARM 450-6
3344 GIBÉ-LABELLE
- STE-ROSE, Laval, QC H7L 4J7

5 APIDRA SOLOSTAR (100U/ml) Sty
20 UNITÉS SOUSCUTANÉE
PAR JOUR LE MATIN

MOUJOUUD MOHAMED
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter:
Serv. 10/07/19

Certification du prescripteur

Je certifie que:

- cette ordonnance est une ordonnance originale,
- le pharmacien identifié précédemment est le seul destinataire,
- l'original ne sera pas réutilisé.

Bonjour, acceptez-vous de renouveler?

Comment(s):

Signature du médecin:

Yvonne 04004

No. de licence:

20 AOUT 2020

Cette télécopie est confidentielle et
seul le destinataire peut l'ouvrir.

YVONNE KHAMLA
3344 GIBÉ-LABELLE
- STE-ROSE, Laval, QC H7L 4J7



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOUUD MOHAMED

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 14H42

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité DU DE RX DIN	Nom du médicament Préscripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RX	Montant Assuré	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 0320-753 02-405-636	ROUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 3924096252 006641	Mai-21 95.31 / 0.00	13.93	9.32	0.00	4.61	4.61
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
4.07		0.26	4.33	9.60	4.33		
5.0 0320-751 02-294-346	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 3924084991 006643	Mai-21 95.31 / 0.00	61.81	61.81	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
49.00		3.19	52.19	9.62	52.19		

No: 0492198

ORIGINAL

Reçu 2 de



Passera: 21/05/2021 à 00:11

Merci de nous faire confiance

Total: 29.51\$

REÇU OFFICIEL



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOUD MOHAMED

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 14H42

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité Nbr de RX INN	Nom du médicament Préscripteur Nbr de référence	Période cumul / res	Montant RX	Montant Assuré	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 0320-755 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 3924099345 006639	Mai-21 84.48 / 10.83	53.37	34.69	0.00	18.68	18.68
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	41.10	2.67	43.77	9.60	43.77		
30.0 0320-754 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 3924096247 006640	Mai-21 90.70 / 4.61	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		

No: 0492198

ORIGINAL

Reçu 1 de 2

Passera: 21/05/2021 à 00:11

Merci de nous faire confiance

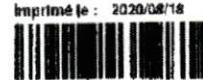
Voir total dernière page

RECU EN FICIEL

ORDONNANCES À RENOUVELER PAR TÉLÉCOPIE

Nom du médecin: NACERA CHABANE-CHAOUCHNo de téléphone: (450) 902-0943

Imprimé le: 2020/08/18

Adresse: 102-1875 RUE MAURICE-GAUVIN, LAVALNo de télécopieur: (450) 902-0919

Transmission confidentielle par télécopieur

Pharmacie: Yvonne Khamla pharmaciene, 334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, LavalNo de télécopieur: (450) 625-4598 No de téléphone: (450) 625-2813 Date et heure: 2020/08/18 19H31MOUJOUAD MOHAMED
301-558 ST-LOUIS
Laval, QC
H7V-0C5, 514 546-8500Né: 1957/12/26
RAMQ: MOUM 5712 2612 /

Et: Ch: Lit:

COPY

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

Allergies/Intolérances: Pas d'allergie déclarée

Pathologies:

Nom du médicament	Qté original prescrite	Nombre original de renouvellements	Renouvellements restants: 1	Arrêt	Qté	Nb ref
Posologie			Validité de l'ordonnance	Date du dernier service		
Indication			Date de service	Dernière quantité émise		
Heures de prise						
APIDRA SOLOSTAR 100U/ml Style 20 UNITÉS SOUSCUTANÉE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	5.0	6	Validé jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/07/23 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>	X 1 MUS	12
LANTUS SOLOSTAR 100U/ml Style 18 UNITÉS SOUSCUTANÉE AU COUCHER	5.0	6	Validé jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/07/23 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>	N. CHABANE-CHAOUCH	
ROSUVASTATIN 10mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	30.0	6	Validé jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/05/25 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>	N. CHABANE-CHAOUCH	
PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	30.0	6	Validé jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/06/25 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>	N. CHABANE-CHAOUCH	
JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS	30.0	6	Validé jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/06/26 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>	N. CHABANE-CHAOUCH	



YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE

450-625-2913

Ad: 2022/08/20 5

REP:

5. APIDRA SOLOSTAR (100U/ml) Style
20 UNITÉS SOUSCUTANÉE 1 FOIS
PAR JOUR LE MATIN

2021/05/21

SERV:

MOUJOUAD MOHAMED
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter:

2021/06/18

SERV:

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE

450-625-2913

Ad: 2022/08/20 6

REP:

30 JANUMET XR (1000mg-50mg) Comp. L.A.
PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR AU MILIEU DU REPAS

2022/05/19

SERV:

MOUJOUAD MOHAMED
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter:

2022/05/19

Certification du prescripteur

Je certifie que:
 -cette ordonnance est une ordonnance originale,
 -le pharmacien identifié précisé est le seul destinataire,
 -l'original ne sera pas réutilisé.

Bonjour, acceptez-vous de renouveler?

Commentaire(s):

Signature du médecin:

N. CHABANE 04004

Initiales du pharmacien:

Date:

No. de licence:

20 ANNE 2020

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

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

0320-754

Ad: 2022/08/20

4

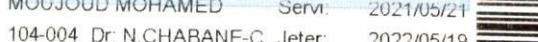
30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN

MOUJOUAD MOHAMED

Serv: 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

0320-753

Ad: 2022/08/20

4

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR AU COUCHER

MOUJOUAD MOHAMED

Serv: 2021/05/21

104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2022/05/19



YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE

450-625-2913

Ad: 2022/08/20

REP:

30 JANUMET XR (1000mg-50mg) Comp. L.A.
PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR AU MILIEU DU REPAS

2022/05/21

SERV:

MOUJOUAD MOHAMED
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter:

2022/05/19

SERV:

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE

450-625-2913

Ad: 2022/08/20

REP:

MOUJOUAD MOHAMED
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: