

# 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.

## 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

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)



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Koune, Mohamed

Date de naissance :

1950

Adresse :

Casa

Tél. : 0661414151

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Victor ABIKHEZER  
5950, Côte-des-Neiges, #350  
Montréal, QC, H3S-1Z6  
Tél : 514-733-9192  
Fax : 514-733-7744

Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

Koune, Mohamed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + Alzheimers

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 : Casa

Le : 10/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS  
2021  
Z. S. K. A. I. K.

**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)

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 05/08/2021      | C                 | X                     | 5                               | <br><b>Dr. Victor ABIKHZER</b><br>5950, Côte-des-Neiges, #350<br>Montréal, QC, H3S-1Z6<br>Tél : 514-733-9192<br>Fax : 514-733-7704 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date         | Montant de la Facture |
|---|--------------|-----------------------|
| Pharmacie<br>J. Amselem & D. Abikhzer<br>2071, Rue St-Louis VSL, H4M-1P1<br>Tél: (514) 747-9889 Fax: (514) 747-5293 | 11/Aout/2021 | \$ 455.56             |

**DANIEL ABIKHZER**  
LIC : 216404

## ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

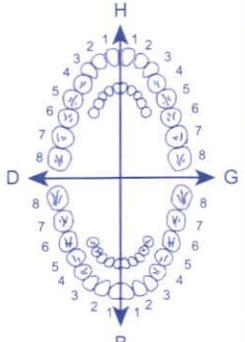
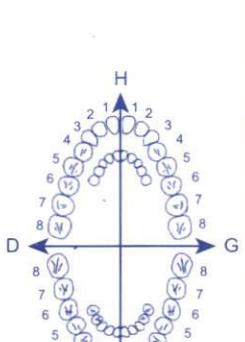
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                            | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
|       |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             | Montants des Soins      |
|  |   |                  |             | Début d'Execution       |
|  |   |                  |             | Fin d'Execution         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                  |             | Coefficient des Travaux |
|      | H   | 25533412         | 21433552    |                         |
|  | D   | 00000000         | 00000000    |                         |
|  |   | 00000000         | 00000000    |                         |
|  |   | 35533411         | 11433553    |                         |
|  | B   |                  |             |                         |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                  |             | Montants des Soins      |
|  |   |                  |             |                         |
|  |   |                  |             | Date du Devis           |
|  |   |                  |             | Date de l'Execution     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. VICTOR ABIKHZER, M.A., M.D., L.M.C.C.

LIC. NO. 78-550

MÉDECINE FAMILIALE - FAMILY MEDECINE  
5950 chemin De La Côte-Des-Neiges, Suite 350  
Montréal, (Québec), H3S 1Z6

Tel. (514) 733-9192

Fax: (514) 733-7704

---

For.....

Mohamed Kour

Address.....

Rx

Date.....

05/08/2021

① Vit. C 500 mg

1 co. die # 100

**COPY**

② Zinc 50 mg die # 100

Dr. Victor ABIKHZER

5950, Côte-des-Neiges, H3S 1Z6

Montréal, QC, H3S 1Z6

Tel: 514-733-9192

Fax: 514-733-7704

REPEAT

1

2

3

4

5

NR

Pharmacie  
J. Amselem & D. Abikhzer  
2071, Rue St-Louis VSL, H4M-1P1  
Tél: (514) 747-9889 Fax (514) 747-5293

DR. VICTOR ABIKHZER, M.A., M.D., L.M.C.C.

LIC. NO. 78-550

MÉDECINE FAMILIALE - FAMILY MEDECINE  
5950 chemin De La Côte-Des-Neiges, Suite 350  
Montréal, (Québec), H3S 1Z6

Tel. (514) 733-9192

Fax: (514) 733-7704

---

For..... Mohamed Khouad

Address.....

Rx

Date.....

09/08/2021

**COPY.**

① MASQUES de protection  
( coris 19 )

# 100.

② Bandelettes pour glucomètre

# 100.

③ Fucidin crème (pommade)  
affiligrne T:D # 30 gr

Dr. Victor ABIKHZER  
5950, Côte-des-Neiges, H3S 1Z6  
Montréal, Qc, H3S 1Z6  
Tél: 514-733-9192

REPEAT 1 2 3 4 5 Fax: 514-733-7704 NR

Pharmacie  
J. Amselem & D. Abikhzer  
2071, Rue St-Louis VSL, H4M-1P1  
Tél: (514) 747-9889 Fax: (514) 747-5293

DR. VICTOR ABIKHZER, M.A., M.D., L.M.C.C.

LIC. NO. 78-550

MÉDECINE FAMILIALE - FAMILY MEDECINE  
5950 chemin De La Côte-Des-Neiges, Suite 350  
Montréal, (Québec), H3S 1Z6

Tel. (514) 733-9192

Fax: (514) 733-7704

---

For Mohamed Kurn

Address.....

Rx

Date 08/08/2020

① Dyazide  
100 mg di # 100

**COPY**

② ASA EC 80 mg di # 100

③ Zyloric (Allopurinol)  
100 mg 1 c. di # 100

Dr. Victor ABIKHZER  
5950, Côte-des-Neiges, #350  
Montréal, Qc, H3S-1Z6  
Tél : 514-733-9192  
Fax : 514-733-7704

REPEAT 1 2 3 4 5 NR

~~Pharmacie  
J. Amselem & D. Abikhzer  
2071, Rue St-Louis VSL, H4M-1P1  
Tél: (514) 747-9889 Fax: (514) 747-5293~~

SI

| Quantité<br>No de Rx<br>DIN         | Nom du médicament<br>Prescripteur<br>No de référence                        | Montant<br>Rx   | Montant<br>Assureur | Contribution de l'assuré |           |         |
|-------------------------------------|---|-----------------|---------------------|--------------------------|-----------|---------|
|                                     |   |                 |                     | Franchise                | Coass.    | À PAYER |
| 30.0<br>1101-823<br>00-586-676      | FUCIDIN 2% Pom. Topique<br>V.ABIKHZER<br>Sans assurance                     | 59.99           |                     |                          |           | 59.99   |
| Prix coûtant payé par le pharmacien | Pour médicament   | Au distributeur | Total               | Hon Prof.                | Prix RGAM |         |
| 17.78                               | 1.16  | 18.94           |                     | 41.05                    | 18.94     |         |
| 120.0<br>1101-824                   | OPTION+ VITAMIN C<br>V.ABIKHZER<br>Sans assurance                           | 6.99            |                     |                          |           | 6.99    |
| 100.0<br>1101-825<br>00-505-463     | ZINC 50mg Comp.<br>V.ABIKHZER<br>Sans assurance                             | 29.99           |                     |                          |           | 29.99   |
| 1.0<br>1101-826<br>55-555-554       | ASCENSIA CONTOUR NEXT EZ Glucomètre<br>V.ABIKHZER<br>Refusée : Bayer 734927 | 60.00           | 0.00                | 0.00                     | 0.00      | 60.00   |

Voir total dernière page

No: 0739479  
**DUPLICATA**  
 Reçu 2 de 3

LUN-JEU 8:30-8, VEN  
 8:30-6, DIM 9:30-6

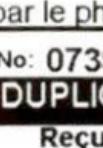
**REÇU OFFICIEL**

SI

| Quantité<br>No de Rx<br>DIN         | Nom du médicament<br>Prescripteur<br>No de référence                   | Montant<br>Rx   | Montant<br>Assureur | Contribution de l'assuré |           |         |
|-------------------------------------|--|-----------------|---------------------|--------------------------|-----------|---------|
|                                     |  |                 |                     | Franchise                | Coass.    | À PAYER |
| 100.0<br>1101-817<br>00-441-775     | APO-TRIAZIDE 25mg-50mg Comp.<br>V.ABIKHZER<br>Refusée : Bayer 734044   | 59.99           | 0.00                | 0.00                     | 0.00      | 59.99   |
| Prix coûtant payé par le pharmacien | Pour médicament  | Au distributeur | Total               | Hon Prof.                | Prix RGAM |         |
| 6.08                                | 0.40   | 6.48            |                     | 53.51                    | 6.48      |         |
| 100.0<br>1101-818<br>02-238-545     | ASAPHEN E.C. 80mg Comp. Entér.<br>V.ABIKHZER<br>Refusée : Bayer 741428 | 29.99           | 0.00                | 0.00                     | 0.00      | 29.99   |
| Prix coûtant payé par le pharmacien | Pour médicament  | Au distributeur | Total               | Hon Prof.                | Prix RGAM |         |
| 5.30                                | 0.34   | 5.64            |                     | 24.35                    | 5.64      |         |
| 100.0<br>1101-819<br>02-402-769     | APO-ALLOPURINOL 100mg Comp.<br>V.ABIKHZER<br>Refusée : Bayer 741434    | 59.99           | 0.00                | 0.00                     | 0.00      | 59.99   |
| Prix coûtant payé par le pharmacien | Pour médicament  | Au distributeur | Total               | Hon Prof.                | Prix RGAM |         |
| 7.80                                | 0.51   | 8.31            |                     | 51.68                    | 8.31      |         |

LUN-JEU 8:30-8, VEN  
 8:30-6, DIM 9:30-6

**REÇU OFFICIEL**



No: 0739479  
**DUPLICATA**  
 Reçu 3 de 3



**Pharmacie J. Amselem et D. Abikhzer  
Inc.  
2071 Rue Saint-Louis H4M 1P1  
Tél: (514) 747-9889 /Fax: (514) 747-5293**

KOUN MOHAMED  
15 RUE DU PARC DES ERABLE  
LAVAL, QC  
514 619-1964

Date: 2021/08/11 12H15

AS.  
IV.

| Quantité<br>No de Rx<br>DIN            | Nom du médicament<br>Prescripteur<br>No de référence                          | Montant<br>Rx   | Montant<br>Assureur | Contribution de l'assuré |           |         |
|--|---|-----------------|---------------------|--------------------------|-----------|---------|
|  |   |                 |                     | Franchise                | Coass.    | À PAYER |
| 100.0<br>1101-817<br>00-441-775        | <b>APO-TRIAZIDE 25mg-50mg Comp.</b><br>V.ABIKHZER<br>Refusée : Bayer 734044   | 59.99           | 0.00                | 0.00                     | 0.00      | 59.99   |
| Prix coûtant payé<br>par le pharmacien | Pour médicament   | Au distributeur | Total               | Hon Prof.                | Prix RGAM |         |
|  | 6.08  | 0.40            | 6.48                | 53.51                    | 6.48      |         |
| 100.0<br>1101-818<br>02-238-545        | <b>ASAPHEN E.C. 80mg Comp. Entér.</b><br>V.ABIKHZER<br>Refusée : Bayer 741428 | 29.99           | 0.00                | 0.00                     | 0.00      | 29.99   |
| Prix coûtant payé<br>par le pharmacien | Pour médicament   | Au distributeur | Total               | Hon Prof.                | Prix RGAM |         |
|  | 5.30  | 0.34            | 5.64                | 24.35                    | 5.64      |         |
| 100.0<br>1101-819<br>02-402-769        | <b>APO-ALLOPURINOL 100mg Comp.</b><br>V.ABIKHZER<br>Refusée : Bayer 741434    | 59.99           | 0.00                | 0.00                     | 0.00      | 59.99   |
| Prix coûtant payé<br>par le pharmacien | Pour médicament   | Au distributeur | Total               | Hon Prof.                | Prix RGAM |         |
|  | 7.80  | 0.51            | 8.31                | 51.68                    | 8.31      |         |

No: 0739479  
ORIGINAL  
Recu 3 de 3



LUN-JEU 8:30-8, VEN  
8:30-6, DIM 9:30-6

Total: 455.56\$

## ÉCU OFFICIEL



**Pharmacie J. Amselem et D. Abikhzer**  
nc.  
2071 Rue Saint-Louis H4M 1P1  
Tél: (514) 747-9889 /Fax: (514) 747-5293

KOUN MOHAMED  
5 RUE DU PARC DES ERABLE  
AVAL, QC  
J4 6J9-1964

Date: 2021/08/11 12H15

PAS.   
LM.

| Quantité<br>No de Rx<br>DIN            | Nom du médicament<br>Prescripteur<br>No de référence               | Montant<br>Rx   | Montant<br>Assureur | Contribution de l'assuré |           |         |
|--|--|-----------------|---------------------|--------------------------|-----------|---------|
|  |  |                 |                     | Franchise                | Coass.    | À PAYER |
| 100.0<br>1101-820                      | <b>MASQUES</b><br>V.ABIKHZER<br>Sans assurance                     | 29.99           |                     |                          |           | 29.99   |
| 100.0<br>1101-821<br>99-100-849        | <b>CONTOUR NEXT</b> Bandelette<br>V.ABIKHZER<br>Sans assurance     | 102.59          |                     |                          |           | 102.59  |
| Prix coûtant payé<br>par le pharmacien | Pour médicament  | Au distributeur | Total               | Hon Prof.                | Prix RGAM |         |
|  | 69.89  | 4.54            | 74.43               | 28.16                    | 74.43     |         |
| 100.0<br>1101-822<br>00-977-493        | <b>LANCETTES MICROLET</b> Lancette<br>V.ABIKHZER<br>Sans assurance | 16.04           |                     |                          |           | 16.04   |

0: 0739479  
**DUPLICATA**  
Recu 1 de 3

LUN-JEU 8:30-8, VEN  
8:30-6, DIM 9:30-6

[Voir total dernière page](#)

RECU OFFICIEL

| Quantité<br>No de Rx<br>DIN            | Nom du médicament<br>Prescripteur<br>No de référence | Montant<br>Rx   | Montant<br>Assureur | Contribution de l'assuré |           |         |
|--|--|-----------------|---------------------|--------------------------|-----------|---------|
|  |  |                 |                     | Franchise                | Coass.    | À PAYER |
| 100.0<br>1101-820                      | <b>MASQUES</b><br>V.ABIKHZER<br>Sans assurance       | 29.99           |                     |                          |           | 29.99   |
| 100.0<br>1101-821                      | <b>CONTOUR NEXT</b> Bandelette<br>V.ABIKHZER         | 102.59          |                     |                          |           | 102.59  |
| 99-100-849                             | Sans assurance                                       |                 |                     |                          |           |         |
| Prix coûtant payé<br>par le pharmacien | Pour médicament                                      | Au distributeur | Total               | Hon Prof.                | Prix RGAM |         |
| 69.89                                  | 4.54   | 4.54            | 74.43               | 28.16                    | 74.43     |         |
| 100.0<br>1101-822                      | <b>LANCETTES MICROLET</b> Lancette<br>V.ABIKHZER     | 16.04           |                     |                          |           | 16.04   |
| 00-977-493                             | Sans assurance                                       |                 |                     |                          |           |         |

8  
No: 0739479  
ORIGINAL  
Reçu 1 de 3

LUN-JEU 8:30-8, VEN  
8:30-6, DIM 9:30-6

REÇU OFFICIEL

Voir total dernière page

| Quantité<br>No de Rx<br>DIN            | Nom du médicament<br>Prescripteur<br>No de référence     | Montant<br>Rx   | Montant<br>Assureur | Contribution de l'assuré |           |         |
|--|--|-----------------|---------------------|--------------------------|-----------|---------|
|  |  |                 |                     | Franchise                | Coass.    | À PAYER |
| 30.0<br>1101-823                       | <b>FUCIDIN 2% Pom. Topique</b><br>V.ABIKHZER             | 59.99           |                     |                          |           | 59.99   |
| 00-586-676                             | Sans assurance   |                 |                     |                          |           |         |
| Prix coûtant payé<br>par le pharmacien | Pour médicament  | Au distributeur | Total               | Hon Prof.                | Prix RGAM |         |
| 17.78                                  | 1.16   | 18.94           | 41.05               | 18.94                    |           |         |
| 120.0<br>1101-824                      | <b>OPTION+ VITAMIN C</b><br>V.ABIKHZER                   | 6.99            |                     |                          |           | 6.99    |
|  | Sans assurance   |                 |                     |                          |           |         |
| 100.0<br>1101-825                      | <b>ZINC 50mg Comp.</b><br>V.ABIKHZER                     | 29.99           |                     |                          |           | 29.99   |
| 00-505-463                             | Sans assurance   |                 |                     |                          |           |         |
| 1.0<br>1101-826                        | <b>ASCENSIA CONTOUR NEXT EZ</b> Glucomètre<br>V.ABIKHZER | 60.00           | 0.00                | 0.00                     | 0.00      | 60.00   |
| 55-555-554                             | Refusée : Bayer 734927                                   |                 |                     |                          |           |         |

No: 0739479  
ORIGINAL  
Reçu 2 de 3

LUN-JEU 8:30-8, VEN  
8:30-6, DIM 9:30-6

REÇU OFFICIEL

Voir total dernière page