

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.

Diagnostic 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.

Prothèse 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 060755
ND: 81583

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Koun Mohamed
Date de naissance : 1950
Adresse : Casa
Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Koun, Mohamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète + Arteriosclérose
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 : 10/08/21
Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie

J. Amselem & D. Abikhzer

2071, Rue St-Louis VSL, H4M-1P1

Tél: (514) 747-9889 Fax: (514) 747-5293

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

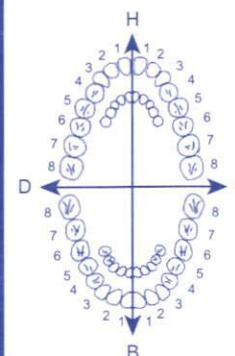
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 MEDICINE

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

Tel. (514) 733-9192

Fax: (514) 733-7704

For Mohammed Kour

Address.....

Rx

Date

05/08/2021

① Vit. C 500 mg
1 c. die # 100

② Zinc 50 mg die # 100

COPY

Dr. Victor ABIKHZER

5950, Côte-des-Neiges, 350

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 MEDICINE

5950 chemin De La Côte-Des-Neiges, Suite 350

Montréal, (Québec), H3S 1Z6

Tel. (514) 733-9192

Fax: (514) 733-7704

For

Mohamed Koud

Address

R

Date

09/08/2021

COPY.

①

MASQUES de protection

(coronavirus)

100.

②

Bandelettes pour glucomètre

100.

③

Fucidin crème (pomade)

affluence TID # 30 gm

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

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 Koun

Address _____

R

Date 05/08/2020

① DYAZIDE
100 die # 100

COPY

② ASA EC 80mg die # 100

③ Zyloric (Allopurinol)
100mg 1 co. die # 100

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

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



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

PAS. ☐
LIV. ☐



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

PAS. ☐
LIV. ☐

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

No: 0739479
DUPLICATA
Reçu 2 de 3

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

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

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

No: 0739479
DUPLICATA
Reçu 3 de 3

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

Total: 455.56\$

REÇU OFFICIEL



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

PAS. ☐

LIV. ☐



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

PAS. ☐

LIV. ☐

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

Total: 455.56\$

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

REÇU OFFICIEL

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

No: 0739479
DUPLICATA
Reçu 1 de 3

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

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL



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

PAS. ☐
LIV. ☐



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

PAS. ☐
LIV. ☐

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

No: 0739479
ORIGINAL
Reçu 1 de 3

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

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

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

No: 0739479
ORIGINAL
Reçu 2 de 3

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

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL