

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Données 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, parodontologie 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.

Maladie :

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° M21- 080565

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512

Société : 107704

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Koun

Date de naissance : 06/07/50

Adresse : Casa

Tél. : 0661414151

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. YVEL ABDELLEH
5950 Côte-des-Neiges, 95
Montréal, Qc., H3J 1Z1
Tél: 514-733-0987 / Fax: 514-733-7704

Date de consultation : 05/12/2021

Nom et prénom du malade : Mohamed Koun

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + surdité

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 : 14/03/2022

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
2021/11/05	Consultation			Dr. Yael Abikhzer 5050 Côte des Neiges, #350 Montréal, Qc., H3S-1Z6 Tel: 514-733-0987 / Fax 514-733-7704

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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

07/12/21 274,34 \$ Ca

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

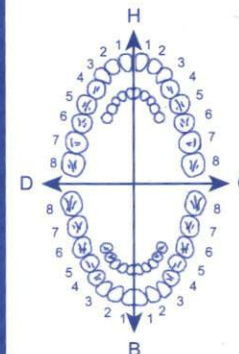
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bil

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

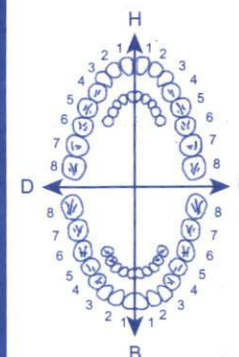
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECU

Dr. Yaël ABIKHZER, M.D.C.M., C.C.F.P.

LIC.# 10437

Médecine Familiale - Family Medicine

5950, chemin de la Côte-Des-Neiges

Suite 350

Montréal, (Québec) H3S 1Z6

Tel. : 514-733-0987

Fax : 514-733-7704

Name

Mohamed Koun

Age

Address

SECURITY FEATURES ON BACK

Date

5 Dec 2021

R

x 3 months

Glucophage 850mg po tid

Triazide 2/50mg po qd

ASA 80mg po qd

Allopurinol 100mg po qd

R

R

Lancette + Bandelette

☐ Label

☐ No Substitution

Signature

Fuadin 27 apply to
avear pro

M.D.

REPEAT

1

2

3

4

5

NR



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: 2021/12/07 11H09

PhAS.

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 1101-821 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
30.0 1101-823 00-586-676	FUCIDIN 2% Pom. Topique V.ABIKHZER Sans assurance	39.49				39.49
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total par le pharmacien 17.78 1.16 18.94			Hon Prof. 20.55	Prix RGAM 18.94		

No: 0768252

DUPLICATA

Reçu 2 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: 2021/12/07 11H09

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
200.0 1108-949 02-242-589	PMS-METFORMIN 850mg Comp. V.ABIKHZER Sans assurance	33.69				33.69
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 6.78	Au distributeur 0.44	Total 7.22	Hon Prof. 26.47	Prix RGAM 7.22	

No: 0768252

DUPLICATA

Reçu 3 de 3



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

Total: 274.34\$

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: 2021/12/07 11H09

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 Sans assurance	34.14				34.14
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur		Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 6.08 0.40		6.48	27.66	6.48		
100.0 1101-818 02-238-545	ASAPHEN E.C. 80mg Comp. Entér. V.ABIKHZER Sans assurance	15.29				15.29
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur		Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 5.30 0.34		5.64	9.65	5.64		
100.0 1101-819 02-402-769	APO-ALLOPURINOL 100mg Comp. V.ABIKHZER Sans assurance	33.10				33.10
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur		Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 7.80 0.51		8.31	24.79	8.31		

Voir total dernière page

No: 0768252

DUPLICATA

Reçu 1 de 3

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

REÇU OFFICIEL