

# ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Sons 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512

Société : 102201

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KOUN

Date de naissance : 06/07/10

Adresse : Casa

Tél. : 0661414121

Total des frais engagés

14 MAR 2022 Dhs



### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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 + lundit

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



### 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
2021/11/05	Consultation			<p>Dr. PAEL ABIKHZER 5950 Côte des Neiges, #350 Montréal, QC, H3S-1Z6 Tél: 514-733-0987 / Fax 514-733-7704</p>

### 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 J: (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

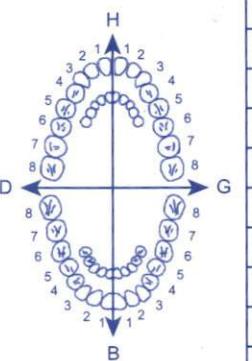
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[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**

Dr. Yaël ABIKHZER, M.D.C.M., C.C.F.P.

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 850 mg po tid  
 Triazide 250 mg po qd  
 ASA 80 mg po qd  
 Allopurinol 100 mg po od  
**R** Lancette + Bandelette Funding 2% apply to  
ear pro

 Label No SubstitutionSignature dear prof

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

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 1101-821 99-100-849	CONTOUR NEXT Bandelette V.ABIKHZER Sans assurance	102.59				102.59
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
	69.89	4.54	74.43	28.16	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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
	17.78	1.16	18.94	20.55	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	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
	6.78	0.44	7.22	26.47	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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
	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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
	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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
	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**