

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.

Diagnostique 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

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- 059763

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1968 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : MME ERZAIM MAFTAHA

Date de naissance : 02.08.1951

Adresse : 200 Bd. de Bordeaux CAS

Tél. : 0522 275017 Total des frais engagés : 95,00 Dollars + 21,02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/02

Nom et prénom du malade : moi-même

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Simule

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

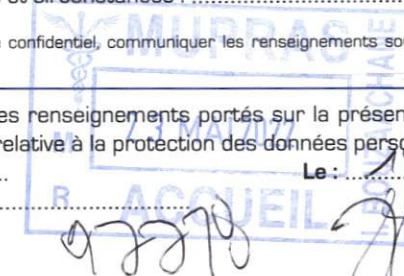
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CAS

Le : 19.05.2002

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
2022/01/02	consultation	1	95.00 \$	La Clinique Physio 6363 Transcanadienne suite 912 St-Laurent, Québec, H4T 1E0 Tél: 514-747-8888 Fax: 514-747-4705

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jean Coutu #166 2415 Curé Labelle Chomedey, Qc H7T 1R3	22/01/02	21.02 \$ Dollars Canadien

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



Pharmacien(s) affilié(s) à



PHARMACIE NATHALIE BELLAVANCE ET BENOIT LATIF
2415 Cure Labelle
Chomedey, LAVAL, H7T1R3
450-682-7525



Pharmacien(s) affilié(s) à



PHARMACIE NATHALIE BELLAVANCE ET BENOIT LATIF
2415 Cure Labelle
Chomedey, LAVAL, H7T1R3
450-682-7525

EZZAIM, MAFTAHA

1207-2980 Saint-Martin Ouest
Laval, QC

514-578-7751



(A) 101 (B)
(C) 21.60 (D) 0.00
4 65157 95127 6

PHARMACIE NATHALIE BELLAVANCE ET BENOIT LATIF
2415 CURE LABELLE
CHOMEDEY, LAVAL
450-682-7525

Pharmacien(s) affilié(s) à



Rx 2205799-0166 2 jan. 2022

Non renouvelable

EZZAIM, MAFTAHA

30 PRO AMOX 500 MG, CAPS

1 CAPSULE 3 FOIS PAR JOUR
TOUTES LES 8 HEURES POUR 10
JOURS

(Infections et Antibactérien)

Dr ST-LAURENT, J. (192278) JETER: 02 Jan. 2023

Garder hors de la portée des enfants.

00644315

**EZZAIM
MAFTAHA**

1207-2980 Saint-Martin Ouest
Laval, QC

514-578-7751

Comptoir

**Total 1 Rx****21.60 \$**

Imprimé le : 2 jan. 2022 14:07

4 70018 22700 1

Panier: 33

30 PRO AMOX 500 MG, CAPS
Dr ST-LAURENT, J. (192278)
Non renouvelable

Rx 2205799-0166
2 jan. 2022
DIN 00644315

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
21.60	N/A					

Total à payer

21.60 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
3.92	0.26	4.18	17.42	4.18	0.00

PHARMACIE NATHALIE BELLAVANCE ET BENOIT LATIF
450-682-7525 Pharmacien(s) affilié(s) à **Jean Coutu**

ma Liste de médicaments PIC**EZZAIM, MAFTAHA**

1207-2980 Saint-Martin Ouest
Laval, QC

514-578-7751

Date de naissance: 2 août 1951

Allergies : Aucune allergie connue

2205799-0166 2 jan. 2022

Non renouvelable

Pro amox, 500 mg, caps

Qté: 30

1 capsule 3 fois par jour toutes les 8 heures pour 10 jours

La Clinique Physimed

6363, route Transcanadienne, bureau 122, Saint-Laurent, QC, H4T 1Z9

Tel: 514-747-8888, Fax: 514-747-0655

GST: 731696522RT0001 , QST: 1224397867TQ0001

Laboratory Service

Laboratoire CDL

5990 Côte-des-neiges

Montréal, QC

H7X 2X7

Invoice: CLI020389

Patient file number: 442199

Invoice Date: 2022/01/02

Maftaha Ezzaim

2980 boulevard saint martin ouest, 1207

laval, Quebec, H7T0M8

438-686-4858

Invoice Created By: S.B.

#	Billing Code	Description	Amount
1	HRAMQ5	HORS RAMQ - VISITE PONCTUELLE MINEURE	\$95.00
Subtotal			\$95.00
Total			\$95.00

Payment Details:

By Credit card - Visa on 2022/01/02 \$95.00

Net Paid \$95.00

Dr. Judith St-Laurent

Permit: 1922780

Tel: 514-747-8888

Fax: 514-747-0655

Le patient qui estime que les sommes qui lui sont réclamées après le 6 décembre 2015 visent des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie peut, par écrit dans les cinq ans suivant la date du paiement, en réclamer le remboursement à la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui lui remboursera alors le montant, lorsqu'elle est d'avis que sa facturation n'était pas permise, et récupérera ce montant du professionnel ou du tiers en cause.