

## 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.

### Radiologie 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

La 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- 046861

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013 Société :  
☐ Actif ☐ Pe Dossier 116081 Exp: / URG  
 Houri, Zahra  
 1959-01-01  
 Nom & Prénom : 3196 GLENN  
 Date de naissance : LAVAL, H7P1S8  
 C: 438-995-7869 B: 514-663-13  
 Adresse : En date du: 2022-03-14 20:35  
 Tél : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Julie Marceau, M.D. 102116-1  
 Médi-Centre Chomedey  
 610, boul. Curé-Labelle  
 Chomedey, Laval, Qc H7V 2J7  
 Tél. : 450-687-6452 • Fax : 450-687-3243  
 Date de consultation : 22 / 3 / 14  
 Nom et prénom du malade : Age:  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Infection thyroïdienne  
 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 : Laval Le : 31 / 03 / 2022

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
22/3/14	examen médical	01	100.00 \$	<p>Julie Marceau, M.D. 102116-1</p> <p>Médi-Centre Chomedey</p> <p>610, boul. Curé-Labelle</p> <p>Chomedey, Laval, Qc H7V 2T7</p> <p>Tél. : 450-687-6452 • Fax : 450-687-</p>
22/3/20	examen médical	01	50.00	
	total		150 \$	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Ettadili</b> 4415 Notre-Dame, Suite Laval, QC H7W 1T7 Tél.: 450-686-0209	2022-03-15	Riva clindamycin 300mg \$14.05
	2022-03-15	systeme nocturne \$8.99
	2022-03-15	Riva clindamycin 300mg \$13.90

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

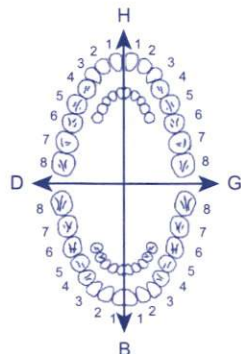
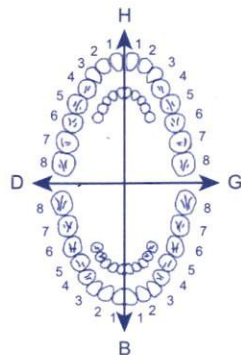
[illegible]

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



**Pharmacie Fatima-Zahra Ettadili**  
**pharmacienne Inc**  
**(450) 686-0209**  
 110-4415 Boul. Notre Dame O  
 Laval, H7W1T7  
 Téléc. : (450) 687-5684

**HOURI-ZAHRA**  
 (514) 663-1324  
 3 PL DELA BELLE-RIVE#2209  
 LAVAL QC H7V1B2

N/A

**REÇU  
OFFICIEL**

2022-03-15 10:21  
 2022-03-31

### 21 RIVA CLINDAMYCIN 300MG CAPSULE

No Rx 0843-695 DIN 02468484  
 Serv. :2022-03-15 JULIE MARCEAU

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
9,92	9,30	0,61	9,91	4,14
Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
		Franchise	Coass.	À PAYER
14,05				14,05

### 3,5 SYSTANE NOCTURNE 94+3+3% POM. OPHT.

No Rx 0843-697 DIN 02444062  
 Serv. :2022-03-15 JOSEE-ANDREE BACHA

Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
		Franchise	Coass.	À PAYER
8,99				8,99

### 9 RIVA CLINDAMYCIN 300MG CAPSULE

No Rx 0844-254 DIN 02468484  
 Serv. :2022-03-21 JULIE MARCEAU

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
4,25	3,99	0,26	4,25	9,65
Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
		Franchise	Coass.	À PAYER
13,90				13,90

Livraison disponible entre 11am et 17pm

No: 10308812

ORIGINAL 1 de 2

Voir total à percevoir sur les reçus suivants

# Médi+Centre Chomedey

avec ou sans rendez-vous

610, Boul. Curé-Labelle  
Chomedey, Laval (Québec) H7V 2T7

TÉL.: 450-687-6452

FAX: 450-687-3243

Dossier 116081 Exp. / URG

HOURI, ZAHRA

1959-01-01

3196 GLENN

LAVAL, H7P1S8

C: 438-995-7869 B: 514-663-13:

En date du: 2022-03-14 20:11

Date: \_\_\_\_\_

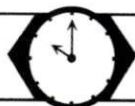
Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

☐ Certificat médical ☐ Certificat de bonne santé

☒ Présence à la clinique le:

Heure  
d'arrivée



Heure  
de départ

☐ Arrêt de travail *examen* inclus

☐ Arrêt des activités sportives *medical.* inclus

commentaires: \_\_\_\_\_

☐ Date prévue d'accouchement:

☒ Reçu de \$ *100\$.*

pour: ☐ Émission d'un certificat médical

☐ Émission d'un formulaire d'assurance

☐ Utilisation de médicament (s) ► (voir verso)

*consultation médicale*

Julie Marceau, M.D. 102116-1

Médi-Centre Chomedey

610, boul. Curé-Labelle

Chomedey, Laval, Qc H7V 2T7

Tél. : 450-687-6452 • Fax : 450-687-3243

Préparé par: \_\_\_\_\_



# GMF Médi-Centre Chomedey

610, Boul. Curé-Labelle, Laval, Québec, H7V2T7  
Tél: 450-687-6452, Fax: 450-687-3243

## Reçu pour services rendus par Dre Julie Marceau

Date du reçu: 2022-03-20

Reçu

No: 15751

Date de création: 2022-03-20

Reçu de: Houri, Zahra  
3196 glenn  
LAVAL, QUE  
Canada  
H7P1S8

Patient: Houri, Zahra  
NAM:

### Description des frais, services ou fournitures:

2022-03-20	FRAIS POUR CONSULTATION MÉDICALE	50,00\$
Montant total:		50,00\$

Explications supplémentaires:

Signature: \_\_\_\_\_



Information confidentielle

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 ou des frais engagés aux fins de la dispensation de ceux-ci 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.

Imprimé le: 2022-03-20 13:43:03

Login: kammia

# PRESCRIPTION

## GMF Médi-Centre Chomedey

610, Boul. Curé-Labelle  
Laval  
Québec, H7V2T7  
450-687-6452, F 450-687-3243

843-695

**Patient:** Houri, Zahra  
**DN:** 1 janvier 1959 **Sexe:** Féminin  
**Dossier:** 116081  
3196 glenn, LAVAL  
QUE, Canada, H7P1S8  
T:438-995-7869, 514-663-1324

### Prescription de médicaments:

Clindamycine 300mg capsule :  
1 comprimé(s) q 8h x 7 jour(s) nr

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**Pharmacie Ettadili**  
4415 Notre-Dame, Suite 110  
Laval, QC H7W 1T7  
Tél.: 450-686-0209

**Pharmacie Ettadili**  
4415 Notre-Dame, Suite 110  
Laval, QC H7W 1T7  
Tél.: 450-686-0209



Sig:  
Dre Julie Marceau 02-116, 14 mars 2022

19711  
P 1/1

# PRESCRIPTION

## GMF Médi-Centre Chomedey

610, Boul. Curé-Labelle  
Laval  
Québec, H7V2T7  
450-687-6452, F 450-687-3243

844254

**Patient:** Hourri, Zahra  
**DN:** 1 janvier 1959 **Sexe:** Féminin  
**Dossier:** 116081

3196 glenn, LAVAL  
QUE, Canada, H7P1S8  
T: 438-995-7869, 514-663-1324

### Prescription de médicaments:

Clindamycine 300mg capsule :

1 comprimé(s) q 8h total 10 j x 3 jour(s) nr

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**Pharmacie Ettadili**  
4415 Notre-Dame, Suite 110  
Laval, QC H7W 1T7  
Tél.: 450-686-0209



**Sig:**  
Dre Julie Marceau 02-116, 20 mars 2022

19764  
P 1/1

Rx70973