

# 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 :

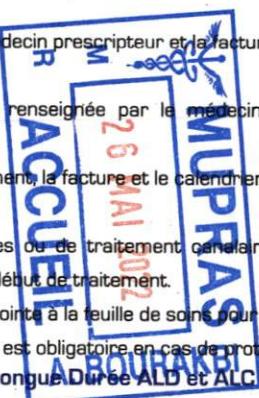
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013

Société : 116579

Actif       Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAHRA HOURI

Date de naissance : 01/01/1959

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

92.50 \$

Date de consultation : 2022/03/31

Nom et prénom du malade : HOURI ZAHRA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : alors

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

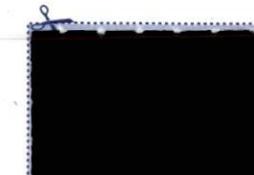
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

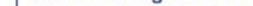
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



**Déclaration de Maladie**

Nº M21- 065672

## **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
31 mars 2022	visite laryngoscopie		60.55 31.95	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ettadili 4415 Notre-Dame, Suite 110 Laval, QC H7W 1T7 Tél.: 450-686-0209	2022-03-15 2022-03-15	Riva clindamycin 300mg \$29.05 taro mometasone \$14.10

## **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	

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

HOURI  
ZAHRA  
BEN SOUMAN HANIA 1959-01  
3196 GLENN  
LAVAL  
QUE H7P 1S8 514 663-  
NIL

ORDONNANCES  
EXTERNES

Rx

PHARMACIE

vitamine 60.55  
laxatif 31.95  
total 92.50 \$

  
DR B. TRINH  
01-365

Signature du médecin

M.D. Lic. #

Date :

Renouvellement : 

0	1	2	3	4	5	6		12
---	---	---	---	---	---	---	--	----

No inv. 62-640-458 (18-04) S.I.



**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

SI

**40 RIVA CLINDAMYCIN 300MG CAPSULE**

No Rx 0845-110 DIN 02468484  
 Serv. :2022-03-31 BA TRUC TRINH

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
18,89	17,74	1,15	18,89	10,16
Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré Franchise	Coass.	À PAYER
29,05				29,05

**30 TARO MOMETASONE 0.1% LOTION**

No Rx 0845-111 DIN 02266385  
 Serv. :2022-03-31 BA TRUC TRINH

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
9,98	9,37	0,61	9,98	4,12
Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré Franchise	Coass.	À PAYER
14,10				14,10

Livraison disponible entre 11am et 17pm

**No: 10308812**

Nb. de Rx 5  
 1030881290250008009  
 ORIGINAL 2 de 2



**Total : 80,09\$**

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Laval

Québec

HOURI  
74 HRA

SOUMAN HANIA  
3196 GLENN  
L'AVAL  
QUE H7P 1S8  
NIL

1279822

F

1959-01-01

514 663-1324

ORDONNANCES  
EXTERNES

Rx

→ Elocem lotion 1-2g/lit  
ds CSE PRN

PHARMACIE

→

Clinclamycine

300 g po QDS x 10 jours

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

 DR TRINH  
101365

Signature du médecin

2022(03)131

Date :

M.D. Lic. #

Renouvellement : 

0	1	2	3	4	5	6	12
---	---	---	---	---	---	---	----

No inv. 62-640-458 (18-04) S.I.