

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 canaux, 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 canaux.

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.



128032

Déclaration de Maladie : N° P19-0016029

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8773

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUJOUI Mohamed

Date de naissance :

20/12/1952

Adresse :

301-559 Rue Saint-Louis LAVAL

Tél. : 5145468508

Total des frais engagés :

CAD 67,61\$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

TALBI NADIA

Age : 51

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète - Hypertension

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 (96)

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
Pharmaciens, Affiliés à P. commercial	19/08/2022	CAD 67,61 \$

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'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[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

DOSSIER PATIENT

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

PATIENT: TALBI NADIA

Adresse: 301-559 rue Saint-Louis
Ville: Laval
Téléphone: (514)971-9092
Code Postal: H7V 0C5
Allergie(s): Pas d'allergie déclarée.

Sexe: F
Naissance: 1971/03/14
Taille: 0,00 m.
R.A.M.Q: TALN 7153 1410 /10
Langue: Français
Age: 50 ans
Poids: 0,00 Kg

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2021/09/05	1504-223 Non Servie	60,0	JANUMET 500mg-50mg Comp.	FS	PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR MATIN ET SOIR EN MANGEANT *EN 150*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/08/19
2021/09/05	1504-222 Non Servie	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	FS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN * AVEC COVERSYL 2 MG*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/08/03
2021/09/05	1504-221 Non Servie	30,0	PERINDOPRIL ERBUMINE 2mg Comp.	FS	PRENEZ 1 COMPRIME AU DEJEUNER REGULIEREMENT *AVEC COVERSYL PLUS 4/1.25*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/08/03
2021/09/05	1504-219 Non Servie	30,0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	FS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	2/0 30 Ad: 2021/10/27
2021/09/05	1504-218 Non Servie	100,0	CONTOUR NEXT Bandelette	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MEDECIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/04/08

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1504-223 Ad:2022/08/19 02-333-856

60 JANUMET (500mg-50mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR
MATIN ET SOIR EN MANGEANT
*EN 150***

Talbi Nadia Servi: 2022/08/19
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2023/08/17

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1548-869 Ad:2022/12/14 7 02-405-636

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR AU COUCHER**

Talbi Nadia Servi: 2022/08/19
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2023/08/17

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1549-841 Ad:2023/01/13 6 02-481-642

30 PERINDOPRIL ERBUMINE (4mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR**

Talbi Nadia Servi: 2022/08/19
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2023/08/17

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1549-828 Ad:2023/01/13 5 02-519-720

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR**

Talbi Nadia Servi: 2022/08/19
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2023/08/17

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

1549-829 Ad:2023/01/13 00-821-772

4 D-TABS (10000UI) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIMÉ UNE FOIS PAR
SEMAINE, MEME JOUR CHAQUE SEMAINE
*VITAMINE D***

Talbi Nadia Servi: 2022/08/19
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2023/08/17



Pharmacie El-Achkar, Jetha et
Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 971-9092

Date: 2022/08/19 15H17

RAMQ: TALN 7153 1410 /



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
60.0 1504-223 02-333-856	JANUMET 500mg-50mg Comp. N. CHABANE-SHAOUCH Acceptée - RAMQ 4283368933 003281	Aoû-22 67.61 / 29.13	96.54	62.75	0.00	33.79	33.79
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	82.20	5.35	87.55	8.99	87.55		

No: 0113440

ORIGINAL

Reçu 3 de 3



Passera: 19/08/2022 à 00:15

* PASSERA À: _____ *

Total: 67.61\$

REÇU OFFICIEL



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 – 450-681-1683

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 971-9092

Date: 2022/08/19 15H17

RAMQ: TALN 7153 1410 /



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 1549-828 02-519-720	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4283368930 003279	Aoû-22 29.16 / 67.58	17.17	11.16	0.00	6.01	6.01
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total					Hon Prof.		Prix RGAM
par le pharmacien 7.67 0.50 8.17					9.00		8.17
30.0 1548-869 02-405-636	ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4283374449 003280	Aoû-22 33.82 / 62.92	13.32	8.66	0.00	4.66	4.66
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total					Hon Prof.		Prix RGAM
par le pharmacien 4.06 0.26 4.32					9.00		4.32

No: 0113440

ORIGINAL

Reçu 2 de 3

Passera: 19/08/2022 à 00:15

* PASSERA À: _____ *

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 – 450-681-1683

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 971-9092

Date: 2022/08/19 15H17

RAMQ: TALN 7153 1410 /



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 1549-841 02-481-642	PERINDOPRIL ERBUMINE 4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4283374437 003277	Aoû-22 15.52 / 81.22	15.52	0.00	15.52	0.00	15.52
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 6.13 0.40			6.53	8.99	6.53		
4.0 1549-829 00-821-772	D-TABS 10000UI Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4283374439 003278	Aoû-22 23.15 / 73.59	9.29	1.66	6.73	0.90	7.63
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 0.84 0.05			0.89	8.40	0.89		

No: 0113440
ORIGINAL
Reçu 1 de 3

Passera: 19/08/2022 à 00:15
* PASSERA À: _____ *

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL