

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 à caractère personnel.

M22- 0014682

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KOUNI

Date de naissance : 06/07/1950

Adresse : Casa

Tél. : 06 61 414 151

Total des frais engagés : 274,34 \$ can

CHERAMIE
WAW-16
2022-2023
2022-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. YAEL ABIKHZER
5950 Côte-des-Neiges, #350
Montréal, Qc., H3S-1Z6
Tél: 514-733-0987 / Fax 514-733-7704

Date de consultation : 08/09/2022

Nom et prénom du malade : MOHAMED KOUNI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DIABETES + SURTOITS

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA

Le : 21/09/22

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

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
08/09/2021	consultation			Dr. YAEL ABIKHZER 5950 Côte-des-Neiges, #350 Montréal, QC, H3S-1Z6 Tel: 514-733-0987 / Fax 514-733-7704 <i>[Signature]</i> 10487

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 Tél: (514)747-9889 Fax: (514)747-5293	11/09/2021	\$ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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



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: 2022/09/11 13H28

PAS.
LIV.

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré			À PAYER
				Franchise	Coass.		
100.0 1101-817 00-441-775	APO-TRIAZIDE 25mg-50mg Comp. V.ABIKHZER Sans assurance	34.14					34.14
Prix coutant 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 coutant 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 coutant 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: 0-01451
GINAL
Feçu 1 de 3

LUN-JEU 8:30-8, VEN
8:30-6, DIM 9:30-6

REÇU OFFICIEL

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré			À PAYER
				Franchise	Coass.		
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 69.89	Au distributeur 4.54	Total 74.43	Hon Prof. 28.16	Prix RGAM 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 17.78	Au distributeur 1.16	Total 18.94	Hon Prof. 20.55	Prix RGAM 18.94		

No: 0801451
ORIGINAL
 Reçu 2 de 3

LUN-JEU 8:30-8, VEN
 8:30-6, DIM 9:30-6

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré			À PAYER
				Franchise	Coass.		
200.0 1108-949 02-520-311	PMSC 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: 0801451 ORIGINAL Reçu 3 de 3		LUN-JEU 8:30-8, VEN 8:30-6, DIM 9:30-6	Total: 274.34\$
REÇU OFFICIEL			

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 Koun, Mohamed Age _____

Address _____

SECURITY FEATURES ON BACK

Date 2022/09/08

R metformin 850mg Po TID
 TRIAZIDE 25/50mg Po QD
 ASA 80mg Po QD X3mo.
 Allopurinol 100mg Po QD
 Fucidin apply to area BID
 R #30g R PRN

CONTINUE next Bandelettes + Lancettes #100

 Label No SubstitutionSignature Y

M.D.

REPEAT	1	2	3	4	5	NR
--------	---	---	---	---	---	----