

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036658

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0629

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HACHEM OMAR

Date de naissance :

07/03/1943

Adresse :

5 Bis Rue Ibnou Sina Bouskoura Casablanca

Tél. : 0522367777

Total des frais engagés : 000 133,41 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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 : Casablanca Le : 06/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
				<i>MKB Gratibus</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/3/2023	CAISSE 606
	26/04/2023	CAISSE 7,35
		7,2 CAISSE 4

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

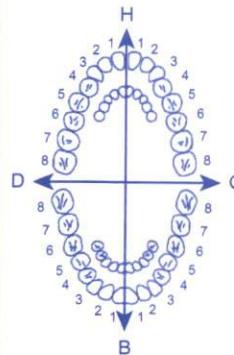
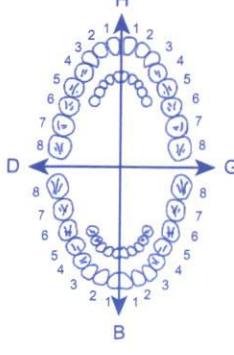
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B D G	DATE DU DEVIS
				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.

1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221



Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.

1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

SADIQ

HALIMA (HACHEM),
4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

Comptoir

Total 4 Rx

126.06 \$

Imprimé le : 9 mars 2023 11:12

470013 99036 8

Recu Original

90 RIVA PERINDOPRIL PLAQ 4 MG, CO
Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 930 Éch: 5 sept. 2024

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4446771814-810056

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Rx 1990664-0068	9 mars 2023	DIN 02472023	Prix	Ass.	Montant	Montant	Contribution	Montant payé
			total	assuré	non assuré	de l'assuré	par l'assureur	
Franchise	Co-Ass							
47.47	RAMQ	47.47	0.00	31.12	5.72	10.63 \$		

Total à payer 36.84 \$

Recu Original

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

SADIQ, HALIMA (HACHEM)

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Montant payé par l'assureur	
Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM
Franchise	Co-Ass			Contribution totale de l'assuré
18.38	1.19	19.57	27.90	19.57

Recu Original

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.

1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

SADIQ, HALIMA (HACHEM)

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A)101 (B)

(C)36.84 (D)0.00

4 67364 76235 5

90 SYNTHROID 0.088 MG, CO

Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 210 Éch: 5 sept. 2024

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4446771856-810057

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Montant payé par l'assureur	
Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM
Franchise	Co-Ass			Contribution totale de l'assuré
6.91	0.45	7.36	27.90	7.36

Recu Original

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.

1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

SADIQ, HALIMA (HACHEM)

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A)101 (B)

(C)17.43 (D)0.00

4 67364 76236 2

90 APO ATORVASTATIN 10 MG, CO

Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 930 Éch: 5 sept. 2024

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4446771891-810059

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Montant payé par l'assureur	
Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM
Franchise	Co-Ass			Contribution totale de l'assuré
15.69	1.02	16.71	27.90	16.71

Recu Original

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.

1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

SADIQ, HALIMA (HACHEM)

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A)101 (B)

(C)15.62 (D)0.00

4 67364 76238 6

26 MÉTHOTREXATE 10 MG, CO

PI ABDELKAËD, M. (425566)

Non renouvelable

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 444677245-810063

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (096 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Montant payé par l'assureur	
Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM
Franchise	Co-Ass			Contribution totale de l'assuré
70.38	4.57	74.95	27.90	74.95

Recu Original

(A)101 (B)

(C)56.17 (D)0.00

4 67364 76242 3

Votre pharmacien affilié à Jean Coutu peut faire davantage pour vous faciliter la vie

Your Jean Coutu affiliated pharmacist can do more to simplify your life



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances avec notre **système téléphonique automatisé** 24 heures sur 24

Your pharmacist offers you prescription renewals at your convenience with our 24-hour **automated phone system**



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances par Internet ou via votre **Dossier santé en ligne au jeancoutu.com**

Your pharmacist offers you on-line prescription renewals by Internet or using your **Health Record at jeancoutu.com**



Renouvez vos médicaments n'importe où grâce à notre **application mobile**

Refill your prescriptions anywhere thanks to our **mobile app**



Prenez une entente avec votre pharmacien et profitez du **service de renouvellement préautorisé**

Sign up with your pharmacist to benefit from the **preauthorized refill service**



Soyez avisé instantanément par texto ou par courriel dès que vos médicaments sont prêts. Abonnez-vous à notre **service de notification C'est prêt!**

You will automatically be notified by text or e-mail as soon as your medication is ready for pick-up. Sign-up to our **It's ready! Notification Service**

Contacts en cas d'urgence Emergency contacts

Nom/Name :

Lien/Relationship:

Tél./Tel. :

Nom/Name :

Lien/Relationship:

Tél./Tel. :

Médicaments non prescrits Over the counter medications

MD/DR :

Tél./Tel. :

Hôp./Hosp. :

Maladies/illnesses:



Pharmaciens affiliés



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.

1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

Pharmacien(s) affilié(s) à



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.

1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

SADIQ, HALIMA (HACHEM)

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, QC

514-773-2972

(A)101 (B)
(C)7.35 (D)0.00
4 67606 80750 9

SADIQ

HALIMA (HACHEM)

4850 Cote Des Neiges #1506

Montreal, QC

514-773-2972

Comptoir



Total 1 Rx

7.35 \$

Imprimé le : 26 avr. 2023 16:22 4 70014 16773 8

140 do APO MOMETASONE 50 MCG, VAP NAS
Dr FAUSTINI, K. (11533)
Non renouvelableMontant résiduel RAMQ: 6.29 \$
Contributions à ce jour: 48.79 \$RAMQ Réf: 4484531941-855165
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749Rx 2071998-0068
26 avr. 2023
DIN 02403587

Prix total 21.01 RAMQ

Ass. Montant assuré 21.01

Montant non assuré 0.00

Contribution de l'assuré 0.00 7.35 13.66 \$

Total à payer 7.35 \$

Reçu Original

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien

Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
10.41	0.68	11.09	9.92	11.09	7.35

Votre pharmacien affilié à Jean Coutu peut faire davantage pour vous faciliter la vie

Your Jean Coutu affiliated pharmacist can do more to simplify your life



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances avec notre **système téléphonique automatisé** 24 heures sur 24

Your pharmacist offers you prescription renewals at your convenience with our 24-hour **automated phone system**



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances par Internet ou via votre **Dossier santé en ligne au jeancoutu.com**

Your pharmacist offers you on-line prescription renewals by Internet or using your **Health Record at jeancoutu.com**



Renouvez vos médicaments n'importe où grâce à notre **application mobile**

Refill your prescriptions anywhere thanks to our **mobile app**



Prenez une entente avec votre pharmacien et profitez du **service de renouvellement préautorisé**

Sign up with your pharmacist to benefit from the **preauthorized refill service**



Soyez avisé instantanément par texto ou par courriel dès que vos médicaments sont prêts. Abonnez-vous à notre **service de notification C'est prêt!**

You will automatically be notified by text or e-mail as soon as your medication is ready for pick-up. Sign-up to our **It's ready! Notification Service**

Contacts en cas d'urgence Emergency contacts

Nom/Name :
Lien/Relationship :
Tél./Tel. :
Nom/Name :
Lien/Relationship :
Tél./Tel. :

Médicaments non prescrits Over the counter medications

MD/DR : Tél./Tel. :

Hôp./Hosp. :
Maladies/Illnesses:



HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF /
JEWISH GENERAL HOSPITAL



SADIQ, HALIMA
A1506-4850 CH COTE DES NEIGES
Montréal QC H3V 1G5
(514) 773-2972
SADH 5257 0519 EXP 2024 07

U# 810422

PHARMACIE / PHARMACY
PRESCRIPTION DE DÉPART / DISCHARGE PRESCRIPTION

To R & M G Medicine No

Address / Address

ALLERGIES:

INTOLÉRANCES / INTOLERANCES:

Grandeur / Height _____ Poids / Weight _____ Cr _____

Flexeril 5-10 mg PO qHS PRN

X1 month

Rx 6

Protekt Prolica 60 mg sc q 6 months
xi year
MS 158

Methotrexate 15 mg PO q Mondays

Plaqueuril 200 mg PO die

Folic acid 5 mg PO die

except Mon-Tue

Vitamin D 10 000 IU PO q week

X1 month

Rx 6

23/03/16 Halima 117666.

Date

Hour / Time

Signature du prescripteur / Prescriber signature

Nom en lettres moulées / Print name

Licence du prescripteur / Prescriber license

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR: 1) CETTE ORDONNANCE EST ORIGINALE 2) LE PHARMACIEN IDENTIFIÉ PRÉCITÉ EST LE SEUL DESTINATAIRE 3) L'ORIGINAL DE CETTE ORDONNANCE NE SERA PAS RÉUTILISÉ

PRESCRIPTION DE DÉPART / DISCHARGE PRESCRIPTION

To:

Page: 1 of 1

2022-09-05 13:52:37 EDT

15147319130

From: Clinique Médicale Diamant

- Cette ordonnance est une ordonnance originale

- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

PHARMACIE MAHER BITAR, VALERIE SAVOIE-ROSAZ ET JEAN COUTU INC.

1875 Rue Ste-Catherine O Montréal (Québec) H3H 1L9

L'original ne sera pas utilisé

T. Truong



**Clinique Médicale
Diamant**

5885 Côte-des-Neiges, Bld 401
Montréal, Québec, H3S 2T2

Clinique Médicale Diamant

Tel: (514) 773-2994

Fax: (514) 771-9150

Date: 5 septembre 2022

NAM: SADH 5257 0519 Exp.: 2024-07

Nom: Halima Sadiq

DDN: 5 juillet 1952

Tel: (514) 773-2972

Allergies: nil

Poids: -52 kg

Synthroid 88mcg comprimé - Qté.: 90 - Ren.: 4

1 co DIE x 30 jours

PERINDOPRIL-ERBUMINE 4MG TABLET - Qté.: 90 co - Ren.: 12

1 co DIE x 90 Jour(s)

ASA-ANTIPLATELET 80MG ENTERIC TAB - Qté.: 90 co - Ren.: 12

1 co DIE x 90 Jour(s)

ATORVASTATIN 10MG TABLET - Qté.: 90 co - Ren.: 12

1 co DIE x 90 Jour(s)

T. Truong

Dr TRUONG, HONG BAO SON
Médecin
1004860

Copie *Copy 24/6/2022*

5885 ch de la Côte-des-Neiges, bur. 401, Montréal (Québec) H3S 2T2
Téléphone: (514) 731-5994 | Télécopieur: (514) 731-9130

Ce document est confidentiel et ne peut être consulté que par l'utilisateur qui y est mentionné.

Imprimé le 2022-09-05 13:51:58 par Hong Bao Son Truong

Page 1 / 1

RX

QUEEN ELIZABETH PRIMARY CARE
 2111 AV NORTHCLIFFE, MONTREAL, QC, H4A3K6
 (514)483-5101 / Fax : (514)482-4342

Sadiq, Halima 1952-07-05 (F) / 70 years	SADH 5257 0519 Dos.: 219201	
4850 CH DE LA COTE DES NEIGES #A1506, COTE DES NEIGES, QC, H3V1G5	(514)773-2972	
Poids : Taille : IMC :	Cl. Creat. (MDRD) :	
	2023-04-26	
<hr/>		
[Dsq] SALINEX NASAL LUBRICANT (SODIUM CHLORIDE / PROPYLENE GLYCOL / MACROGOL)	9MG/ML-50MG/ML-160MG/ML spray # 1	Ren. X 0
<i>Sig. 1 inhalation, nasal BID PRN x 2 weeks</i>		
Du : 2023/04/26		
<hr/>		
[Dsq] NASONEX (MOMETASONE (FUBROATE MONOHYDRATE DE))	50MCG/DOSE nasal spray # 1	Ren. X 0
<i>Sig. 2 inh daily inhalation, nasal daily x 2 weeks then PRN</i>		
Du : 2023/04/26		

Faxée à la pharmacie

JEAN COUTU BITAR, SAVOY-ROSAV ET COUTU (ST. CATHERINE)
 1675 STE CATHERINE O
 MONTREAL, QC
 H3H1L9
 CANADA

CERTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Je certifie que :

- Cette ordonnance est une ordonnance originale.
- Le pharmacien identifié précité est le seul destinataire.
- L'original ne sera pas réutilisé.


 KATIA FAUSTINI MD (15333)