

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 Ma

164785 N° W21-804267
~~ALGARDE~~

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 6773	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MOUJOND Mohamed		
Date de naissance : 26 / 12 / 1957		
Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis L'AVAL (QC) H7V 0C5		
Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : QAD 5739 \$		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : TALBI Nadia 52		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint		
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 à la mutuelle.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et la faire parvenir à la mutuelle.		
Fait à : LAVAC (QC) 09 JUIN 2017 Le :		
Signature de l'adhérent(e) :		

ACCUEIL

MUPRAS

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien EL-AKHLAKI, Jetta, Merrouni du ou du Fournisseur Pharmaciens, Affiliés à Pharmaprix	Date Centre commercial St-Martin 965, Boul. Curé-Labette Arr: Chomedey, Laval QC H7V 2W7 2002	Montant de la Facture 57,39 \$
---	---	-----------------------------------

ANALYSES - RADIGRAPHIES

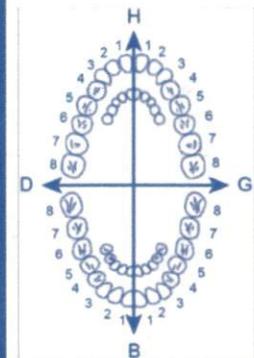
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

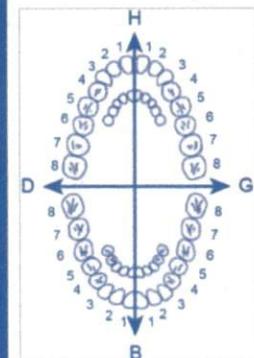
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



ODF 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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT



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: 2023/05/29 20H39

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 1673-641 02-509-415	AP SITAGLIPTIN METFORMIN 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4510472989 002720	Mai-23 53.32 / 43.42	53.37	34.69	0.00	18.68	18.68
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	41.10	2.67	43.77	9.60	43.77		
30.0 1673-321 02-461-331	SANDOZ-GLICLAZIDE MR 60mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4510472991 002721	Mai-23 57.39 / 39.35	11.62	7.55	0.00	4.07	4.07
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	1.90	0.12	2.02	9.60	2.02		

No: 1699773
ORIGINAL
Reçu 3 de 3



Passera: 29/05/2023 à 00:20
* PASSERA À: _____ *

Total: 57.39\$

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: 2023/05/29 20H39

RAMQ: TALN 7153 1410 /



Quantité No de Rx DHN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
4.0 1673-644 00-821-772	D-TABS 10000UI Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4510472981 002718	Mai-23 29.77 / 66.97	9.85	6.40	0.00	3.45	3.45
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	0.84	0.05	0.89	8.96	0.89		
30.0 1673-643 02-354-616	TEVA-ROSVUVESTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4510472985 002719	Mai-23 34.64 / 62.10	13.92	9.05	0.00	4.87	4.87
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	4.06	0.26	4.32	9.60	4.32		

No: 1699773
ORIGINAL
Reçu 2 de 3

Passera: 29/05/2023 à 00:20
* 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: 2023/05/29 20H39

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
					Franchise	Coass.	À PAYER	
30.0 1745-539 02-519-720	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. D.Antaki Acceptée : RAMQ 4510489030 0027 6	Mai-23 17.77 / 78.97	17.77	0.00	17.77	0.00	17.77	
Prix coutant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
	7.67	0.50	8.17	9.60	8.17			
30.0 1745-538 02-481-642	PERINDOPRIL ERBUMINE 4mg Comp. D.Antaki Acceptée : RAMQ 4510487716 0027 7	Mai-23 26.32 / 70.42	16.12	7.57	4.48	4.07	8.55	
Prix coutant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
	6.13	0.40	6.53	9.59	6.53			

No: 1699773
ORIGINAL
Reçu 1 de 3

Passera: 29/05/2023 à 00:20
* PASSERA À: _____ *

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

Clinique de Medecine Familiale

1875 Rue Maurice-Gauvin Suite 102
Laval H7S2M5
Tél: 450-902-0943 Fax: 450-902-0919

TALBI NADIA

Confidentiel

Nam: **TALN 7153 1410** Exp: **24.12**
Nais: **1971-03-14** Sexe **F** Père:
Tél.: **514-971-9092** CELL **450-241-2575**

Dossier #
A 22236

559 ST-LOUIS APT 301, LAVAL, H7V 0C5

Hopital #

Liste des allergies et intolérances

Aucune allergie connue

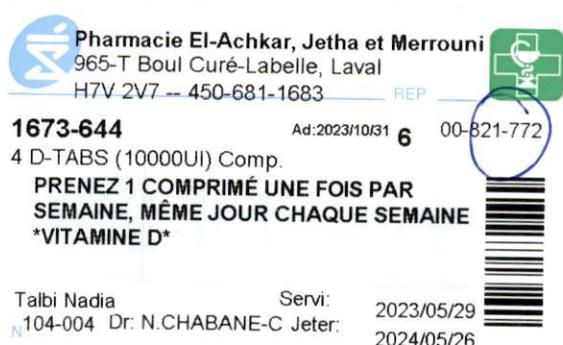
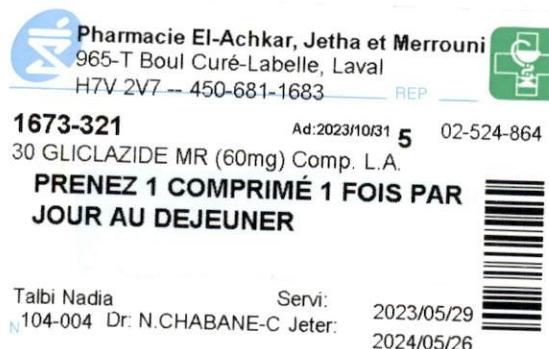
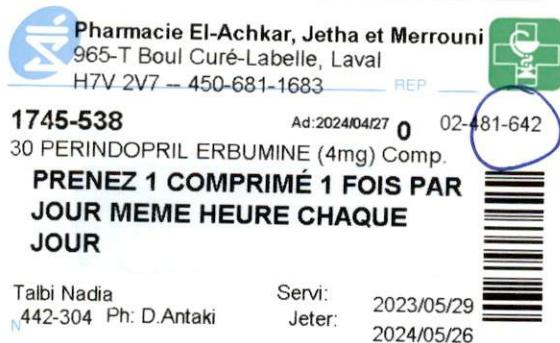
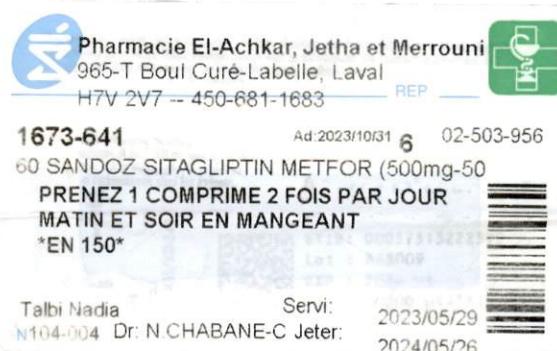
Rx-Ordonnance

lundi 31 octobre 2022

- DSQ** Janumet 500+50mg comprime
prenez 1 comprime 2 fois par jour matin et soir en mangeant #60 X30j Ren: 12
- DSQ** Rosuvastatin 10mg comprime
prenez 1 comprimé 1 fois par jour même heure chaque jour au coucher #30 X30j Ren: 12
- DSQ** D tabs 10,000ui comprime
prenez 1 comprimé une fois par semaine, même jour chaque semaine #4 X28j Ren: 12
- DSQ** Diamicron mr 60mg COMPRIME-24H
1 co DIE x 30j #30 Ren: 12

reçu par Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004



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 Langue: Français
Naissance: 1971/03/14 Age: 51 ans
Taille: 0,00 m. Poids: 0,00 Kg
R.A.M.Q: TALN 7153 1410 /10

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2021/09/05	1504-218	100,0	CONTOUR NEXT Bandelette Non Servie	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/04/08
2022/09/26	1649-144	60,0	JANUMET 500mg-50mg Comp.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR MATIN ET SOIR EN MANGEANT *EN 150*	T.HUYNH (4241865)	1/0 30 Ad: 2023/09/26
2022/09/26	1549-841	30,0	PERINDOPRIL ERBUMINE 4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	5/8 30 Ad: 2023/01/13
2022/09/26	1549-829	4,0	D-TABS 10000UI Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ UNE FOIS PAR SEMAINE, MÊME JOUR CHAQUE SEMAINE *VITAMINE D*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	92/7 28 Ad: 2023/01/13
2022/09/26	1549-828	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	4/7 30 Ad: 2023/01/13
2022/09/26	1548-869	30,0	ROSVUASTATIN 10mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/6 30 Ad: 2022/12/14
2021/11/12	1527-262	84,0	JAMP-ACETAMINO PHENE 500mg Caplet	NS	PRENEZ 2 COMPRIMES (=1000MG) 3 FOIS PAR JOUR ENVIRON AUX 8 HEURES POUR 14 JOURS QUIVALENT TYLENOL	A.MESSIER (1011477)	1/0 14 Ad: 2022/11/12