

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0629 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HACHEM OUAZ

A 64590

Date de naissance :

07/03/1943

Adresse :

SIDI MEIBONDS BABZAK CASA

Tél. 066721267

Total des frais engagés : CH 144,39 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SIDI HACHEM e.s. HACHEM

Age: 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA PAR

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 :

Le : 29/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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>Recs gratis</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/5/23	128,74 CAD
	11-11	7,78 CAD
	09/5/23	7,87 CAD

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

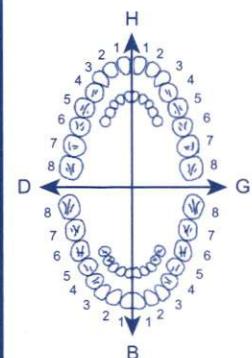
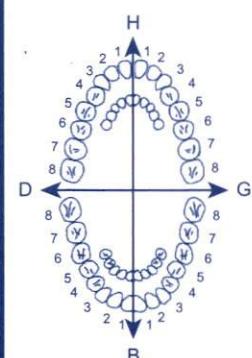
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Imprimé par : TRUONG, Hong Bao Son

Date d'impression : 2023/05/01 14:29

Méd. famille / Groupe méd. : Aucun

No de dossier local:

1952/07/05

SADIQ, Halima F

1506-4850 chemin de la Côte-des-Neiges

Montréal (Qc)

H3V 1G5, CA

SADH52570519

Ordonnance pharmaceutique

Médicament (Nom commercial)	Posologie	Renouveler	Cesser	Commentaire
ATORVASTATINE 10MG COMPRIME (APO ATORVASTATIN 10MG COMPRIME)	PRENDRE 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR	<input checked="" type="checkbox"/> Durée: _____ Renouvellements: _____ Quantité: _____	<input type="checkbox"/>	_____
PERINDOPRIL-ERBUMINE 4MG COMPRIME (RIVA PERINDOPRIL 4MG COMPRIME)	PRENDRE 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE SOIR AU COUCHER	<input checked="" type="checkbox"/> Durée: _____ Renouvellements: _____ Quantité: _____	<input type="checkbox"/>	_____
LEVOTHYROXINE 88MCG COMPRIME (SYNTHROID 88MCG COMPRIME)	1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	<input checked="" type="checkbox"/> Durée: _____ Renouvellements: _____ Quantité: _____	<input type="checkbox"/>	_____
AAS-ANTIPLAQUETTAIRE 80MG COMP. ENT. (ASAPHEN EC 80MG COMP. ENT.)	1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE SOIR AU COUCHER (NE PAS CROQUER)	<input checked="" type="checkbox"/> Durée: _____ Renouvellements: _____ Quantité: _____	<input type="checkbox"/>	_____

Nom du prescripteur: Dr. Hong Bao Son Truong
00486

No de permis: 00486

Signature: Truong
Date/Heure: 2023.5.1

Verso

Page 1 de 1



M R C 1 0 2 0

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

U# 810422

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF/
JEWISH GENERAL HOSPITAL

PHARMACIE/PHARMACY
PRESCRIPTION DE DÉPART/DISCHARGE PRESCRIPTION

ALLERGIES:

INTOLÉRANCES / INTOLERANCES:

Grandeur/Height _____

Poids/Weight _____

Cr _____

NOTES SOINS INFIRMIERS
NURSES NOTES

Flexeril 5-10 mg PO qHS PRN

X1 month

RX 6

Proton Proton 60 mg SC q 6 months

X1 year

MS 15B

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

Heure/Time

Signature du prescripteur/Prescriber signature

Nom en lettres mouées/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



Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-RO SAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-RO SAY & 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 1 Rx****7.78 \$**

Imprimé le : 27 mai 2023 16:12

4 70014 28243 1

10

3 x 30 JAMP ASA EC 80 MG, CO
Dr TRUONG, H. (100486)
Ren avant 1 mai 2024

Rx 2082799-0068
27 mai 2023
DIN 02283905

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass.	
33.88	RAMQ	33.88	0.00	0.00	7.78	26.10 \$

Total à payer **7.78 \$**

Reçu Original

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$
RAMQ Réf: 4509011057-884245
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			
Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels
4.77	0.31	5.08	28.80

Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
5.08	7.78



(A)101 (B)
(C)7.78 (D)0.00
4 67769 47445 7

514-773-2972

SADIQ, HALIMA (HACHEM)

4850 Cote Des Neiges #1506

Montreal, QC

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



Renouvelez 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:

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**



Renouvelez 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:



Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAVY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAVY & 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)7.87 (D)0.00

4 67679 45289 7



Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAVY & 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)13.99 (D)0.00

4 67679 45290 3

SADIQ**HALIMA (HACHEM)**

4850 Cote Des Neiges #1506

Montreal, QC

Comptoir

514-773-2972

Total 2 Rx

21.86 \$

Imprimé le 9 mai 2023 17:34

4 70014 21866 9

14 APO CEFADROXIL 500 MG, CAPS

Dr ALALI, H. (527152)

Non renouvelable

Montant résiduel RAMQ 7.25 \$

Contributions à ce jour: 47.83 \$

RAMQ Réf: 4494923940-867298

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

Rx 2076508-0068

9 mai 2023

DIN 02240774

Prix total

Ass.

Montant assuré

Montant non assuré

Contribution de l'assuré

Franchise

Co-Ass

Montant payé par l'assureur

22.18

RAMQ

22.48

0.00

0.00

7.87

14.61 \$

Total à payer

7.87 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien

Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
11.79	0.77	12.56	9.92	12.56	7.87

30 g POLYSPORIN ONG TOP

Dr ALALI, H. (527152)

Non renouvelable

Rx 2076509-0068

9 mai 2023

DIN 02237227

Prix total

Ass.

Montant assuré

Montant non assuré

Contribution de l'assuré

Franchise

Co-Ass

Total à payer

13.99 \$

RAMQ: Produit non couvert

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/ <i>Name</i> :
Lien/ <i>Relationship</i> :
Tél./ <i>Tel.</i> :
Nom/ <i>Name</i> :
Lien/ <i>Relationship</i> :
Tél./ <i>Tel.</i> :

Médicaments non prescrits *Over the counter medications*

MD/DR :
Tél./Tel. :
Hôp./Hosp. :
Maladies/Illnesses:

1383074 A

Centre de santé et de services sociaux
de l'Ouest-de-l'Île
West Island
Health and Social Services Centre

Hôpital général du Lakeshore
Lakeshore General Hospital
160, rue Stillview
Pointe-Claire (Québec) H9R 2Y2

SADIO, HALIMA
SADH 5257 0519
TEL: 514 - 773 - 2972
DX: RIGHT D2 RA NODULE
SX: EXCISION

TIME: 12:30 PM 2023-05-09
Dr. Aljarian Albaraa (03667)

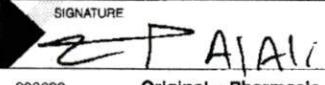
#921065
MINOR SURGERY

ALLERGIES	POIDS WEIGHT
DIAGNOSTIC - DIAGNOSIS	

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES
MEDICATION ORDERS

INFIRMIÈRE(E)
NURSE

- (1) Duricef 500mg po BID & 7 days
(2) Polysporin 1 Cone tube

SIGNATURE 	# PERMIS / LICENCE B27152	DATE 23.5.9	HEURE - TIME 12 pm.
902629	Original = Pharmacie	-	Copie = Dossier