

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HAACHEM OTHAR A64587

Date de naissance : 02/03/1943

Adresse : 5 Bns RUE IPNOU BABEIC CAPA

Tél. : 0667911267 Total des frais engagés : CH 99,25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : HAACHEM OTHAR Age: 80 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : HTA

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 : CHAKA 09/06/2023 Le : 09/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : CHAKA



### 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>XX/5/23 Agathe</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<i>2x/5/23</i>	<i>CAD 78,39</i>
	<i>28/5/23</i>	<i>CAD 20,86</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 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"/>
				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"/>

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**[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

- Cette ordonnance est une ordonnance originale

- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

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

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

L'original ne sera pas utilisé

*Truong*



**Clinique Médicale  
Diamant**

5885 Côte-des-Neiges, bnr. 401 Tel: (514) 731-5994  
Montréal, Québec, H3S 2T2 Fax: (514) 731-9130

Clinique Médicale Diamant

Date: 17 avril 2023	NAM: HACO 4303 0710 Exp.: 2031-03	Nom: Omar Hachem
	DDN: 7 mars 1943	Tel.: (514) 773-2972

Allergies: Aucune  
Poids: 78 kg

↳ Luxa D 2000IU capsule - Qté.: 30 caps - Ren.: 12  
1 cap once daily

Ach Atorvastatin 40mg comprimé - Qté.: 30 co - Ren.: 12  
1 co DIE x 30 Jour(s)

Aspirin 81 Enterique 81mg comp. ent. - Qté.: 60 co - Ren.: 12  
2 co Daily

Act Amlodipine 10mg tablet - Qté.: 30 co - Ren.: 12  
1 tab once daily PM

CESSEZ Act Pantoprazole 40mg enteric tab. - Ren.: 0  
\*\*\* CESSEZ \*\*\*

DEXILANT 60MG CAPSULE ENT. - Qté.: 30 co - Ren.: 0 - Exception: PP205  
1 cap DIE

*Truong*

Dr TRUONG, HONG BAO SON  
Médecin  
1004860

5885 ch de la Côte-des-Neiges, bnr. 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 2023-04-17 08:48:39 par Hong Bao Son Truong

Page 1 / 1



Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9  
514-933-4221**HACHEM****OMAR**4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

Comptoir

514-773-2972

**Total 3 Rx**

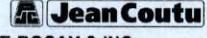
78.39 \$

Imprimé le : 27 mai 2023 11:28

4 70014 28140 3



Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9  
514-933-4221**90 APO ATORVASTATIN 40 MG, CO**  
Dr TRUONG, H. (100486)  
Qté: 300 Éch: 17 avr. 2025Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$  
Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4508863291-884097

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

· DATE PREVUE RENOUV.: 2023/06/07

· ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Rx 2068500-0068  
27 mai 2023  
DIN 02295296Prix total  
Montant assuré  
Montant non assuré  
Franchise Co-Ass51.25 RAMQ  
51.25 0.00  
51.25 0.00Contribution de l'assuré  
Montant payé par l'assureur  
Franchise Co-Ass

Total à payer

51.25 \$

Reçu Original

**HACHEM, OMAR**4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9  
514-933-4221**HACHEM, OMAR**4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9  
514-933-4221**HACHEM, OMAR**4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9  
514-933-4221**HACHEM, OMAR**4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

**180 JAMP ASA EC 80 MG, CO**  
Dr TRUONG, H. (100486)  
Qté: 600 Éch: 17 avr. 2025Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$  
Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4508865186-884098

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

· ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Rx 2068501-0068  
27 mai 2023  
DIN 02283905Prix total  
Montant assuré  
Montant non assuré  
Franchise Co-Ass38.96 RAMQ  
38.96 0.00  
9.20 10.41Contribution de l'assuré  
Montant payé par l'assureur  
Franchise Co-Ass

Total à payer

19.81 \$

Reçu Original

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien  
Pour le médicament Au distributeur Total  
21.08 1.37 22.45Honoraires professionnels  
28.80Prix RGAM Contribution totale de l'assuré  
22.45 51.25**30 DEXILANT 60 MG, CAPS**  
Dr TRUONG, H. (100486)  
Non renouvelableMontant résiduel RAMQ: 12.79 \$  
Contributions à ce jour: 42.29 \$

RAMQ Réf: 4508862527-884099

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

Rx 2068508-0068  
27 mai 2023  
DIN 02354969Prix total  
Montant assuré  
Montant non assuré  
Franchise Co-Ass21.51 RAMQ  
21.51 0.00  
0.00 7.53Contribution de l'assuré  
Montant payé par l'assureur  
Franchise Co-Ass

Total à payer

7.53 \$

Reçu Original

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien  
Pour le médicament Au distributeur Total  
10.88 0.71 11.59Honoraires professionnels  
9.92Prix RGAM Contribution totale de l'assuré  
11.59 7.53



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****PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9  
**514-933-4221****HACHEM****OMAR**

4850 Cote Des Neiges #1506

Montreal, Qc, QC

**514-773-2972**

Comptoir

**Total 1 Rx****20.86 \$**

Imprimé le : 28 mai 2023 18:47

4 70014 28499 2



Recu Original

90 SANDOZ AMLODIPINE 10 MG, CO  
DT TRUONG, H. (100466)  
Qté: 300 Éch: 17 avr. 2025Rx 2068502-0068  
28 mai 2023  
DIN 02284391Prix  
total

Ass.

Montant  
assuréMontant  
non assuréContribution  
de l'assuréMontant payé  
par l'assureur

Franchise

Co-Ass

Total à payer

20.86 \$

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4509330649-884675

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

DATE PREVUE RENOUV.: 2023/06/07

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

## Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien

Pour le médicament	Au distributeur	Total
17.93	1.17	19.10

Honoraires professionnels
28.80

Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
19.10	20.86

(A)101 (B)  
(C)20.86 (D)0.00  
4 67774 23102 1