

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 du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Plan couvert Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 918 Société : /

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BARKAK MUSTAPHA

Date de naissance : 1949

Adresse : Salmia 2, Rue 2, Imm 23 app.2 CASABLANCA

Tél. : 0702290580 Total des frais engagés : 56,17 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : montreal, Canada Le : 23/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : HAF



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
Pharmacie E. VanHoennacker - P.B. Tremblay
Pharmaprix #29
901 Ste-Catherine Est
Montréal Qc H2L 2E5
Tel: 514-842-4915
Fax: 514-842-9893

P.B. Tremblay

23 juillet
2023

Montant de la Facture

\$6,17 \$

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
		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 :

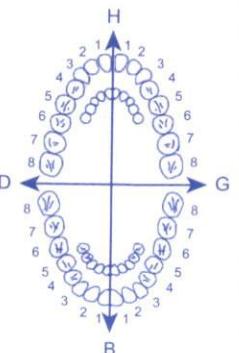
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

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 ERIC VAN HOENACKER ET PIERRE-BENOIT TREMBLAY

901 Rue Ste-Catherine E Montréal (Québec) H2L 2E5

L'original ne sera pas utilisé

JLle8

COPIE



Clinique Médicale Angus

Date: 20 mars 2023	NAM: BARM 4901 0110 Exp.: 2029-01	Nom: Mustapha Barkak
	DDN: 1 janvier 1949	Tel.: (514) 284-0853

Allergies: Aucune

Poids: 77,75 kg

Bandelettes et lancettes pour glycémie capillaire - Ren.: 24

#100, ren x 24 mois

↑ REPAGLINIDE 0.5 MG COMPRIME - Ren.: 24

PRENEZ 1 à 2 COMPRIMES 3 FOIS PAR JOUR selon la glycémie

JENTADUETO 500+2.5 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR AU DEJEUNER ET AU SOUPER (CODE EN150)

AMLODIPINE ATORVASTATIN 10+40 MG COMPRIME - Ren.: 24

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER REGULIEREMENT

BISOPROLOL 10 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER

IRBESARTAN 300 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN

FER-SULFATE 300 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR

JARDIANE 25 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR

code en148

Dex4 Glucose 4g comp.croq. - Ren.: 24

4 co po si hypoglycémie, ren x 24 mois

Tous ren x 24 mois, merci! - Ren.: 0

Tel que prescrit

JLle8

Dre Leroux-Stewart, Josée

Médecin

1158310

2601 William Tremblay, Bureau 200 Montréal (Québec) H1Y 0E2
Téléphone: (514) 807-2333 | Télécopieur: (514) 596-1821

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

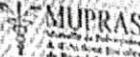
Imprimé le 2023-03-20 13:22:05 par Josée Leroux-Stewart

Page 1 / 1

Heure de réception Mar. 20. 2023 1:23PM N° 4705

Copie

Page 1



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Ende : PRIFERO

Version : 01

Date : 24/03/2023

Nom et prénom :

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Matricole :

BARKAK MUSTAPHA

918

N° CIN: B131124

Adresse :

Salmia 2 Rue 2 imm 23 app 2 Casablanca.

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr Joséphine Stewart Spécialité : endocrinologie
N° ICE : CHQ #1158310 N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Mustapha Barkak

Nécessitant un traitement d'une durée :

<3 mois

Entre 3 et 6 mois

+6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diabète de type 2 depuis 2005, avec
HbA1C 7,2% en mars 2021.

Dont ci-joint ordonnance :

patient sous repaglinide/exedria/gentaduo.

Traitement prescrit :

Augmentons la dose de repaglinide ce jeudi.



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Montréal le 20/03/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Jee8
1158310

Chirurgie médicale Mme

* Cette déclaration est renouvelable une fois

La application de la loi 98-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garde la confidentialité des informations communiquées

Annexe « B »
Formulaire de résiliation

À :
(nom de la responsable ou du parent)

Adresse :
.....

Date :
(date d'envoi de la formule de résiliation)

En vertu de l'article 193 de la Loi sur la protection du consommateur

Conclu le :
(date de la fin du contrat)

À :



Pharmacie Van Hoenacker et Tr
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5 , 514-842-4915



1360-427
30 BISOPROLOL (10mg) Comp.

Ad:2025/03/19

22

02-391-597

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR AU COUCHER**



BARKAK MUSTAPHA Servi: 2023/07/23
115-831 Dr: J.LEROUX-STE Jeter: 2024/07/20

Pharmacie Van Hoenacker et Tr
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5 , 514-842-4915



Ad:2025/03/19

22

02-372-398

1360-428
30 IRBESARTAN (300mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN
(PRESSION)**



BARKAK MUSTAPHA Servi: 2023/07/23
115-831 Dr: J.LEROUX-STE Jeter: 2024/07/20



Pharmacie Van Hoenacker et Tr
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5 , 514-842-4915



1360-439
30 JARDIANCE (25mg) Comp.

Ad:2025/03/19

22

02-443-945

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR
MEME HEURE CHAQUE JOUR
EN148**



BARKAK MUSTAPHA Servi: 2023/07/23
115-831 Dr: J.LEROUX-STE Jeter: 2024/07/20



Pharmacie Van Hoenacker et
Tremblay
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5 , 514-842-4915

BARKAK MUSTAPHA
1585 DE LA VISITATION
MONTREAL, QC
H2L-3C2, 514 284-0853

Date: 2023/07/23 17H59

RAMQ: BARM 4901 0110



SI

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
180.0 1360-420 02-424-258	AURO-REPAGLINIDE 0.5mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4553334436 007222	Jul-23 56.17 / 0.00	25.09	25.09	0.00	0.00	0.00
Prix coutant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	14.55	0.95	15.50	9.59	15.50		
30.0 1347-981 02-445-077	FINASTERIDE 5mg Comp. T.LEBEAU Acceptée : RAMQ 4553334437 007223	Jul-23 56.17 / 0.00	20.80	20.80	0.00	0.00	0.00
Prix coutant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	10.53	0.68	11.21	9.59	11.20		
30.0 1347-980 02-427-117	TAMSULOSIN CR 0.4mg Comp. L.A. T.LEBEAU Acceptée : RAMQ 4553334438 007224	Jul-23 56.17 / 0.00	14.39	14.39	0.00	0.00	0.00
Prix coutant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	4.50	0.29	4.79	9.60	4.79		

No: 1783260
ORIGINAL
Reçu 3 de 3



Passera: 23/07/2023 à 00:17
NULL

Total: 56.17\$

REÇU OFFICIEL



**Pharmacie Van Hoenacker et
Tremblay**
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5 , 514-842-4915

BARKAK MUSTAPHA
1585 DE LA VISITATION
MONTREAL, QC
H2L-3C2, 514 284-0853

Date: 2023/07/23 17H59

RAMQ: BARM 4901 0110



SI

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
30.0 1360-439 02-443-945	JARDIANCE 25mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4553334430 007217	Jul-23 46.11 / 10.06	93.24	47.13	22.90	23.21	46.11
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	78.52	5.11	83.63	9.61	83.64		
30.0 1360-428 02-372-398	IRBESARTAN 300mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4553334431 007218	Jul-23 51.68 / 4.49	16.89	11.32	0.00	5.57	5.57
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	6.85	0.44	7.29	9.60	7.29		
30.0 1360-427 02-391-597	BISOPROLOL 10mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4553334432 007219	Jul-23 55.78 / 0.39	12.43	8.33	0.00	4.10	4.10
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	2.66	0.17	2.83	9.60	2.83		

No: 1783260
ORIGINAL
Reçu 1 de 3

Passera: 23/07/2023 à 00:17
NULL

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

PHARMAPRIX 

pharmaprix.ca

Il est facile d'échanger vos points PC Optimum!

Chaque tranche de 10 000 points équivaut à 10 \$ de RÉCOMPENSES GRATUITES.

POINTS	VALEUR D'ÉCHANGE
10 000	10 \$
20 000	20 \$
30 000	30 \$
Et vous pouvez échanger jusqu'à...	
500 000	500 \$

Accumulez des points encore plus rapidement avec la carte de crédit Mastercard^{MD} Services financiers le Choix du Président^{MD}. Pour en savoir plus, visitez le site pcfinance.ca.



pcoptimum.ca

OBTENEZ DES RÉCOMPENSES À VOTRE IMAGE.

Inscrivez-vous au programme PC Optimum et obtenez des récompenses conçues pour vous, des invitations à des événements exclusifs ainsi que des offres spéciales sur les produits que vous achetez le plus souvent. Inscrivez-vous à pcoptimum.ca.

Obtenez un remboursement ou un échange dans les 30 jours suivant la date d'achat initiale. Les remboursements sont effectués selon le mode de paiement initial. Renseignez-vous en magasin ou en ligne à pharmaprix.ca pour connaître la politique de remboursement complète et les exclusions.

PHARMAPRIX 

pharmaprix.ca

Il est facile d'échanger vos points PC Optimum!

Chaque tranche de 10 000 points équivaut à 10 \$ de RÉCOMPENSES GRATUITES.

TREMBLAY VAN HOENACKER

TREMBLAY VAN HOENACKER

901 STE CATHERINE EST, MONTREAL, QC, H2L 2E5
514-842-4915

Jui. 23, 2023 6:22 PM

0029 1001 286734 500002 3

ORDONNANCE 56,17 N X 56,17
SOUS-TOTAL: 56,17

1 Article TOTAL: \$56,17

CARTE DE DÉBIT 56,17

TPS #: 81872 0955RT0002 TVQ #: 1213948713T0
0002



9990200291001002867349

Partagez votre opinion sur notre magasin!

Rendez-vous sur www.pharmaprixsondage.com
ou composez le 1-800-701-9163. Courez la
chance de gagner l'un des 2 prix mensuels de
1 million de points PC Optimum ou de 1 000 \$
en cartes-cadeaux. Consultez le
www.pharmaprixsondage.com pour
tous les règlements du concours.

Numéro de certificat: 02606201-2039814

Conservez reçu pour retour dans les 30
jours. Visitez pharmaprix.ca des exclusions.

TYPE: ACHAT

COMPTE: CHEQUE 56,17 CAD\$

Type de carte: DEBIT

NUMERO CARTE: *****0652 C

DATE/HEURE: 23/07/23 18:22:11

NUMERO REF: 0010019800

AUTOR #: 007773

INTERAC

A0000002771010 0080008000 E800

00/001 APPROUVEE - MERCI

VERIFIEE PAR NIP

-- IMPORTANT

Conserver cette copie pour vos dossiers.

*** COPIE DU CLIENT ***