

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 Maladie

Nº W21-829519

188 900

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

6773

Société :

R A M

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Moujoud Mohamed

Date de naissance :

26/12/1957

Adresse :

301-559
Laval (01)

Rue Saint-Louis
H7V 0C9

Tél. :

514 546 85 08

CAD 52,66\$

D

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

TALBI NADIA

Age:

52

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même
 Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dubète - 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 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 :

Laval (01)

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL A.

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
El-Achkar, Jetha, Merrouni
Pharmaciens, Affiliés à Pharmaprix
Centre commercial St-Martin
965, Boul. Curé-Labette
Arr. Chomedey, Laval QC H7V 2V7

Montant de la Facture

5266

ANALYSES - RADIGRAPHIES

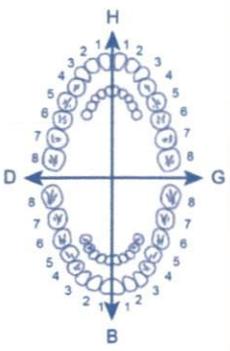
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

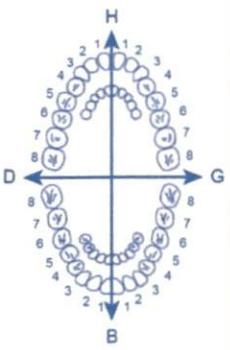
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

[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

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

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

Dossier #
A 22236

Hopital #

Liste des allergies et intolérances

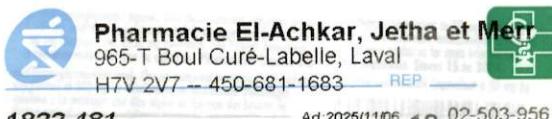
Aucune allergie connue

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 meme heure chaque jour au coucher #30 X30j Ren:12
- DSQ** D tabs 10,000ui comprime
prenez 1 comprimÉ une fois par semaine, mÈme jour chaque semaine #4 X28j Ren:12
- DSQ** Diamicron mr 60mg COMPRIME-24H
1 co DIE x 30j #30 Ren:12

retraité à 6004

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004



1822-481 Ad:2025/11/06 **19** 02-503-956

60 SANDOZ SITAGLIPTIN METFOR (500mg-50)

PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR
JOUR MATIN ET SOIR EN
MANGEANT

EN 150

Talbi Nadia Servi: 2023/11/27
 104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/11/24



1820-784 Ad:2025/11/01 **12** 02-519-720

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR * AVEC 1 COMPRIME DE 4
MG*

Talbi Nadia Servi: 2023/11/27
 104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/11/24



1822-466 Ad:2025/11/06 **19** 02-481-642

30 PERINDOPRIL ERBUMINE (4mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR * AVEC 1 COMPRIME DE 4
MG/ 1.25MG*

Talbi Nadia Servi: 2023/11/27
 104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/11/24



1820-781 Ad:2025/11/01 **12** 02-524-864

30 GLICLAZIDE MR (60mg) Comp. L.A.

PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR AU DEJEUNER

Talbi Nadia Servi: 2023/11/27
 104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/11/24



1820-780 Ad:2025/11/01 **12** 02-354-616

30 TEVA-ROUVASTATIN (10mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR AU COUCHER

Talbi Nadia Servi: 2023/11/27
 104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2024/11/24



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	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	ROSVASTATIN 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



**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: 2023/11/27 18H34

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
30.0 1820-780 02-354-616	TEVA-ROSVASTATIN 10mg Comp. NICHABANE-CHAOUCH	Nov-23 52.66 + 46.99	13.92	9.33	0.00	4.59	4.59
Prix coutant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	4.06	0.26	4.32	9.60	4.32		

No: 1853147
ORIGINAL
Reçu 3 de 3



Passera: 27/11/2023 à 00:18
* PASSERA À: _____ *

Total: 52.66\$

REÇU OFFICIEL

COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



Prix coûtant du médicament
payé par le pharmacien



Montant payé au distributeur
par le pharmacien



Montant réglementé versé au grossiste



Consultation
pharmaceutique

(Validation de l'ordonnance, analyse
du dossier et service-conseil)



Préparation
et vérification
du médicament



Responsabilité
professionnelle
et surveillance
de la thérapie



Dépenses
courantes

(Salaires, loyer, électricité, équipement
informatique, frais financiers, etc.)

English version available upon request

Pour plus d'informations sur le travail du pharmacien:
MONPHARMACIEN.CA





**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: 2023/11/27 18H34

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
30.0 1820-784 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH	Nov-23 44.24 / 55.41 <i>D21025</i>	17.77	11.91	0.00	5.86	5.86
Acceptée : RAMQ 4655216657 009019							
Prix coûtant 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 1820-781 02-524-864	GLICLAZIDE MR 60mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH	Nov-23 48.07 / 51.58	11.62	7.79	0.00	3.83	3.83
Acceptée : RAMQ 4655216658 009020							
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: 1853147
ORIGINAL
Reçu 2 de 3

Passera: 27/11/2023 à 00:18
* PASSERA À: _____ *

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



Prix coûtant du médicament
payé par le pharmacien



Montant payé au distributeur
par le pharmacien



Montant réglementé versé au grossiste

Honoraires professionnels

composés de:



Consultation
pharmaceutique

(Validation de l'ordonnance, analyse
du dossier et service-conseil)



Préparation
et vérification
du médicament



Responsabilité
professionnelle
et surveillance
de la thérapie



Dépenses
courantes

(Salaires, loyer, électricité, équipement
informatique, frais financiers, etc.)

English version available upon request

Pour plus d'informations sur le travail du pharmacien:
MONPHARMACIEN.CA



**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: 2023/11/27 18H34

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 1822-481 02-503-956	SANDOZ SITAGLIPTIN METFOR 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4655219901 009017	Nov-23 33.06 / 66.59	53.69	20.63	22.90	10.16	33.06
Prix coûtant payé par le pharmacien		Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
41.10		41.10	2.67	43.77	9.92	43.77	
30.0 1822-466 02-481-642	PERINDOPRIL ERBUMINE 4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4655216656 009018	Nov-23 38.38 / 61.27	16.12	10.80	0.00	5.32	5.32
Prix coûtant payé par le pharmacien		Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
6.13		6.13	0.40	6.53	9.59	6.53	

No: 1853147
ORIGINAL
Reçu 1 de 3

Passera: 27/11/2023 à 00:18
* PASSERA À: _____ *

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



Prix coûtant du médicament
payé par le pharmacien



Montant payé au distributeur
par le pharmacien



Montant réglementé versé au grossiste

Honoraires professionnels

composés de:



Consultation
pharmaceutique

(Validation de l'ordonnance, analyse
du dossier et service-conseil)



Préparation
et vérification
du médicament



Responsabilité
professionnelle
et surveillance
de la thérapie



Dépenses
courantes

(Salaires, loyer, électricité, équipement
informatique, frais financiers, etc.)