

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.

Éducation :

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

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 : N° P19- 0008814

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUJOUD Mohanned Date de naissance : 26.12.1957

Adresse : 17-2400 BOUL de la Renaissance Laval QC H7H4H4

Tél. : 514.54.685.08 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. MOUJOUD Nadia Age : 48

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SEP 2019 SEP 2019 SEP 2019 SEP 2019

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 (QC) Le : 28.10.2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Yvonne Khamia Pharmaprix Ste-Rose	28/6/2019	180,70 \$

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

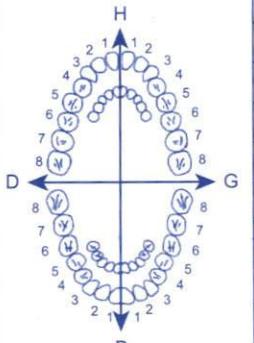
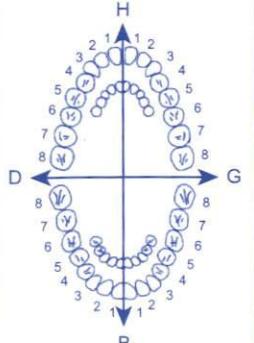
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DU DEVIS
H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553			DATE DE L'EXECUTION
[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

Clinique de Medecine Familiale

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

TALBI NADIA

Nam: TALN 7153 1410 Exp: 20.12
 Nais: 1971-03-14 Sexe: F Père:
 Tél.: 514-546-8508 CELL 450-241-2575
 2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 17, LAVAL, H7L 4L1

Confidentiel

Dossier #
A 22236

Hopital #

Liste des allergies et intolérances
 Aucune allergie connue

Rx-Ordonnance

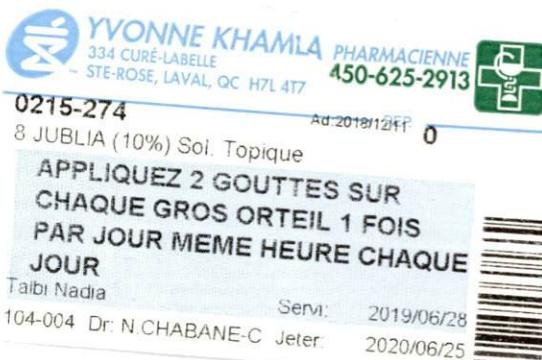
mardi 19 février 2019

DSQ Jublia 10% LIQUIDE TOP.
 APP DIE HS 2gouttes sur les gros orteils et 1 goutte die sur autres x 30j Ren:12

Demième pesée 2018.04.03 / 86.0 Kg

nacera dre chabane 04/04

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004



Je certifie que cette copie est
 conforme

Pharmacie Yvonne Khamla
 Affiliée à Pharmaprix Ste-Rose
 334, Curé-Labelle
 Laval, Québec, H7L 0A4
 Tél.: 450-625-2913 poste 10
 Fax: 450-625-4599

Clinique de Médecine 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 20.12

Dossier #

Nais: 1971-03-14 Sexe: F Père:

A 22236

Tél: 514-546-8508 CELL 450-241-2575

Hôpital #

2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 17 LAVAL H7L 4L1

Liste des allergies et intolérances

Aucune allergie connue

Rx-Ordonnance

mardi 19 février 2019

**Remplacer Norvasc 5mg
 **1/2 co die hs x 30j #15 Ren.12

DSQ Coversyl 2mg COMPRIME
 1 co DIE AM x 30j #30 Ren.12

DSQ Janumet 500+50mg COMPRIME
 1 co BID x 30j #60 Ren.12
 Code de médicament d'exception: EN150

DSQ Coversyl plus 4+1 25mg COMPRIME
 1 co DIE AM x 30j #30 Ren.12

Dernière pesée 2018.04.03 / 86.0 Kg

Nacera Dre Chabane Chaouch # 104004


 Prendre
 régulièrement
 Pour le diabète

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

 **YVONNE KHAMLA** PHARMACIENNE
 334 CURE-LABELLE
 - STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7
 450-625-2913

0261-285

Ad: 2020/02/19 8

60 JANUMET (500mg-50mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR
JOUR MATIN ET SOIR EN
MANGEANT *EN150*

Talbi Nadia

Servi: 2019/06/28

104-004 Dr: N CHABANE-C Jeter: 2020/06/25



 **YVONNE KHAMLA** PHARMACIENNE
 334 CURE-LABELLE
 - STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7
 450-625-2913

0261-284

Ad: 2020/02/19 8

30 SANDOZ-PERINDOPRIL (2mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR *AVEC COVERSYL PLUS
4/1.25*

Talbi Nadia

Servi: 2019/06/28

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/06/25



 **YVONNE KHAMLA** PHARMACIENNE
 334 CURE-LABELLE
 - STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7
 450-625-2913

0261-286

Ad: 2020/02/19 8

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN *AVEC
COVERSYL 2 MG*

Talbi Nadia

Servi: 2019/06/28

104-004 Dr: N CHABANE-C Jeter: 2020/06/25



*Je certifie que cette copie est
 conforme*

Pharmacie Yvonne Khamla
 Affiliée à Pharmaprix Ste-Rose
 334, CURE-LABELLE
 Laval, Québec, H7L 0A4
 Tél.: 450-625-2913 poste 10
 Fax: 450-625-4599



Yvonne Khamla pharmacienne

Talbi Nadia

334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 17-2400 boulevard de la R
 (450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC
 H7L-4L1, 514 546-8508

Date: 2019/06/28 21H24

RAMQ: TALN 7153 1410



Quantité Nbr de RX DIN	Nom du médicament Préscripteur No de référence	Période cumulatif/ res	Montant RX	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	APAYER
30.0	SANDOZ-PERINDOPRIL 2mg Comp.	Jun-19	14.51	9.45	0.00	5.06	5.06
0261-284	N.CHABANE-CHAOUCH	60.76 / 29.82					
02-470-225	Acceptée : 00-882806279-008262						
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	4.89	0.32	5.21	9.30	5.21		

No: 0388164
 ORIGINAL
 Reçu 2 de 2

Passera: 28/06/2019 à 00:21
 Merci de nous faire confiance

Total: 180.70\$

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





Yvonne Khamla pharmacienne

334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 17-2400 boulevard de la R
 (450) 625-2919, Fax (450) 625-4599 Laval, QC
 H7L-4L1, 514 546-8508

Talbi Nadia

Date: 2019/06/28 21H24

RAMQ: TALN 7153 1410



Quantité N° de RX DIN	Nom du médicament Préscripteur N° de référence	Période cumul / res	Montant RX	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
8.0 0215-274 02-413-388	JUBLIA 10% Sol. Topique N.CHABANE-CHAOUCH Sans assurance		119.94				119.94
30.0 0261-286 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : 00-882808059-008260	Jun-19 21.90 / 68.68	25.64	3.74	19.90	2.00	21.90
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	15.34	1.00	16.34	9.30	16.34		
60.0 0261-285 02-333-856	JANUMET 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : 00-882808058-008261	Jun-19 55.70 / 34.88	96.84	63.04	0.00	33.80	33.80
Prix coutant payé par le pharmacien	Pour medicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	82.20	5.35	87.55	9.29	87.55		

No: 0388164
ORIGINAL
Reçu 1 de 2

Passera: 28/06/2019 à 00:21
Merci de nous faire confiance

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

