

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.

Prothèse 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 : MOUTOUD Mohamed Date de naissance : 26.12.1957
Adresse : 17-2400 BOUL de la Renaissance LAYAL QC H744
Tél. : 5145468508 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : M. B. Nadia Age : 48
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 05 SEP 2019 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 : LAYAL (QC) Le : 28 / 06 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

28/6/2019

180,70 \$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire de Radiologie

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

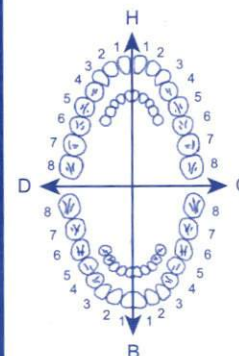
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O

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

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

00000000
35533411

G

00000000
11433553

B

(Création, remont, adjonction)

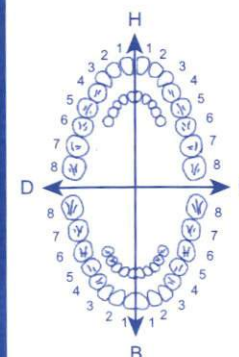
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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: 20.12

Dossier #

Nais: 1971-03-14 Sexe: F Père:

A 22236

Tél.: 514-546-8508 CELL 450-241-2575

2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 17, LAVAL, H7L 4L1

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

Dernière pesée 2018.04.03 / 86.0 Kg

Nacera Dre Chabane Chaouch

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004


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

0215-274 Ad: 2018/12/11 0

8 JUBLIA (10%) Sol. Topique

**APPLIQUEZ 2 GOUTTES SUR
CHAQUE GROS ORTEIL 1 FOIS
PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR**

Talbi Nadia Serv: 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, Curé-Labelle
Laval, Québec, H7L 0A4
Tél.: 450-625-2913 poste 10
Fax: 450-625-4599

[Signature]

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: 20.12
Nais: 1971-03-14 Sexe: F Père:
Tél.: 514-546-8508 CELL 450-241-2575

Dossier #

A 22236

2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 17, LAVAL H7L 4L1

Hopital #

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



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



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



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

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

Prendre
régulièrement
Pour le diabète

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-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

Prendre avec
nourriture

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-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 COVERSIL PLUS
4/1.25***

Talbi Nadia

Servi:

2019/06/28

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

Prendre
régulièrement

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-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, Curé-Labelle
Laval, Québec, H7L 0A4
Tél.: 450-625-2913 poste 10
Fax: 450-625-4599



Yvonne Khamla pharmacienne

Talbi Nadia

Date: 2019/06/28 21H24



334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 17-2400 boulevard de la R

(450) 25-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

RAMQ: TALN 7153 1410

H7L-4L1, 514 546-8508

Quantité du de RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass. À PAYER		
30.0 0261-284 02-470-225	SANDOZ-PERINDOPRIL 2mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : 00-882806279-008262	Jun-19 60.76 / 29.82	14.51	9.45	0.00	5.06	5.06
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

Passera: 28/06/2019 à 00:21

Merci de nous faire confiance

Total: 180.70\$

Reçu 2 de 2

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



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.)



Yvonne Khamla pharmacienne

Talbi Nadia

Date: 2019/06/28 21H24

334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 17-2400 boulevard de la R

(450) 625-2910, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

RAMQ: TALN 7153 1410

H7L-4L1, 514 546-8508



Quantité No de RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant Assurée	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	À PAYER	
8.0 0215-274 02-413-388	JUBLIA 10% Sol. Topique N.CHABANE-CHAOUCH Sans assurance	Jun-19 21.90 / 68.68	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 Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 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 paye Pour medicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 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

RECU 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.



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.)