

# 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0008815

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : **MUPRAS RAM**

Actif  Pensionnaire  Autre

Nom & Prénom : **Mohamed Moutoud** Date de naissance : 26/12/1957

Adresse : 17-2400 BOUL. de SEP Rendissance

Tél. : 514 546 85 08 Total des frais engagés : 7124 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **Mohamed Moutoud** Age : 61

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Diabète insulino-dépendant**

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 (LG)**

Le : 28/06/2013

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**

## 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 et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Anne Khamnia Pharmaprix Ste-Rose 1650, boulevard Labelle Ste-Foy, Québec, H7L 0A4 Téléphone : 418-629-13 postes 10 Téléphone : 418-625-4599	2019/06/28	61,86 \$

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chaque heure du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie Affiliée	Lundi	.....	.....
.....	Mardi	.....	.....
.....	Mercredi	.....	.....
.....	Jeudi	.....	.....
.....	Vendredi	.....	.....
.....	Samedi	.....	.....
.....	Dimanche	.....	.....

## 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'exploration.

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



0248-101

Ad 2020/07/24

8

30 JANUMET XR (1000mg-50mg) Comp L.A.

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR AU MILIEU DU REPAS



MOUJOUR MOHAMED Serv: 2019/06/28  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/06/25



0248-097

Ad 2020/07/24

6

5 API DRA SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS  
PAR JOUR LE MATIN

MOUJOUR MOHAMED Serv: 2019/06/28  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2019/07/26



0248-103

Ad 2020/07/24

6

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR LE MATIN



MOUJOUR MOHAMED Serv: 2019/06/28  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/06/25

## ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES (PROFIL)

00237



**MOUJOUUD MOHAMED**  
17-2400 boulevard de la R  
Laval, QC  
H7L 4L1. 514 546-8508

Sexe: M  
Taille:  
Poids:  
CIGE:

Imprimé le : 2018/10/22

A standard linear barcode is located in the top left corner of the page.

RAMQ: MOUM 5712 2612 /  
Nai: 1957/12/26 Age: 60 Ans

Et: Ch: Lit:

Allergies/Intolérances: Pas d'allergie déclarée

### Pathologies:

Nom du médicament Posologie	Indications Medecin	Heures de pose	Arrêt	Signature médecin
0179-676 APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	Orig : 2016/12/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Validé jusqu'au: 2017/12/12	<input type="checkbox"/>	a parvenir x 1 mois
0186-248 ROUVASTATIN 10mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	Orig : 2017/02/20 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Validé jusqu'au: 2019/02/20	<input type="checkbox"/>	RX 12
0179-673 LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER	Orig : 2016/12/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Validé jusqu'au: 2017/12/12	<input type="checkbox"/>	
0202-713 AIGUILLE ULTRA-FINE III 5mm Cal.31 BD AIGUILLES 5MM 31G	Orig : 2017/08/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Validé jusqu'au: 2018/08/12	<input type="checkbox"/>	
0186-247 JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS ##EN150##	Orig : 2017/02/20 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Validé jusqu'au: 2018/02/20	<input type="checkbox"/>	
0214-300 ASA EC 80mg Comp. Entér. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR	Orig : 2017/12/04 L.TRUDELLE (1832617)	Validé jusqu'au: 2018/12/04	<input type="checkbox"/>	
0179-671 COVERSYL PLUS 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	Orig : 2016/12/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Validé jusqu'au: 2017/12/12	<input type="checkbox"/>	
0214-301 MYLAN-NITRO SL SPRAY 0.4mg/dose Pulv. Sub-Ling. 1 VAPORISATION SOUS LA LANGUE SI DOULEUR THORACIQUE *REPETER APRES 5 MINUTES SI BESOIN* (MAX:3 VAPORISATIONS EN 15 MINUTES)	Orig : 2017/12/04 L.TRUDELLE (1832617)	Validé jusqu'au: 2018/12/04	<input type="checkbox"/>	
Dr. Natacha Chabane Chaouch 94004 IMSL 1875, Maurice Gauvin, bdr. 102 Laval, QC H7S 2M5 Tél.: 450-902-0943 Fax: 450-902-0919		+ cladan 04004	<input type="checkbox"/>	
<i>Je certifie que cette copie est conforme</i> <i>à l'original</i>			<input type="checkbox"/>	
<b>Pharmacie Yvonne Khan</b> Affiliée à Pharmaprix Ste-Rose 334, Curé-Labellé Laval, Québec, H7L 0A4				

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



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOUD MOHAMED  
 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 21H23

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité N° de RX DIN	Nom du médicament Préscripteur N° de référence	Période CUMUL / rés	Montant RX	Montant ASSUREUR	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 0248-i03 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : 00-882806291-008259	Jun-19 61.86 / 28.72	25.64	16.69	0.00	8.95	8.95
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		

No: 0388163  
 ORIGINAL

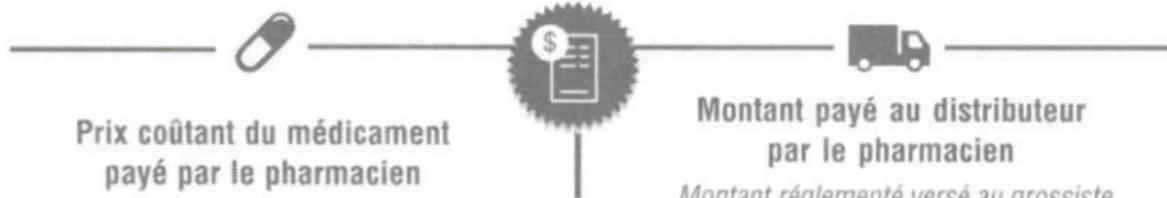
Reçu 2 de 2

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

Total: 61.86\$

# 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.)*

English version available upon request

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





Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOUUD MOHAMED  
 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 21H23

RAMO: MOUM 5712 2612



Quantité N° de Rx DIN	Nom du médicament PrésIBUTEUR N° de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assuré	Contribution de l'assuré			
					Franchise	Coass.	À PAYER	
5.0 0248-097 02-294-346	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo N.CHABANE-CHAOUCH	Jun-19 34.39 / 56.19	61.43	27.04	19.90	14.49	34.39	
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 49.00	Au distributeur 3.19	Total 52.19	Hon Prof. 9.24	Prix RGAM 52.19			
30.0 0248-101 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. LA N.CHABANE-CHAOUCH	Jun-19 52.91 / 37.67	53.07	34.55	0.00	18.52	18.52	
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 41.10	Au distributeur 2.67	Total 43.77	Hon Prof. 9.30	Prix RGAM 43.77			

No: 0388163  
 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.)*

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