

## 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° W19-445645

### Maladie

Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HACHEM OMAR

Date de naissance :

07/03/1943

Adresse :

5 Bis Rue IBNOU BRAZAK CASA

Tél. :

0522367777

Total des frais engagés :

066741267

CDD 109,34 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06/09/2019

Nom et prénom du malade :

SADIQ MAIDA HACHEM

Age :

67

Lien de parenté :

Lui-même       Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ARTHROSITE MULIPLIQUE A T HYPERTENSION ARTICULÉE  
Hypothyroïdie

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 : Casablanca

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
				INP :  

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PJC JEAN COUTU #068 1675, Ste-Catherine Ouest Montréal (Québec) H3H 1L9 tél. 514 933-4221	01	109,34

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

## 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'ODF.



Pharmacien(s) affilié(s) à

**Jean Coutu**

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & J.COUTU**  
 1675, Ste-Catherine Ouest  
 Montreal, QC, H3H1L9  
 514-933-4221



**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & J.COUTU IN**  
 1675, Ste-Catherine Ouest  
 Montreal, QC, H3H1L9  
 514-933-4221

**SADIQ, HALIMA (HACHEM)**  
 4850 Cote Des Neiges #1506  
 Montreal, QC, QC  
 514-941-3457



**Pharmacien(s) affilié(s) à**  
**Jean Coutu**  
**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & J.COUTU IN**  
 1675, Ste-Catherine Ouest  
 Montreal, QC, H3H1L9  
 514-933-4221

**SADIQ, HALIMA (HACHEM)**  
 4850 Cote Des Neiges #1506  
 Montreal, QC, QC  
 514-941-3457



**Pharmacien(s) affilié(s) à**  
**Jean Coutu**  
**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & J.COUTU IN**  
 1675, Ste-Catherine Ouest  
 Montreal, QC, H3H1L9  
 514-933-4221

**SADIQ, HALIMA (HACHEM)**  
 4850 Cote Des Neiges #1506  
 Montreal, QC, QC  
 514-941-3457



(A)101 (B)  
 (C)26.20 (D)0.00  
 4 61550 25540 9

# SADIQ

## HALIMA (HACHEM)

4850 Cote Des Neiges #1506  
 Montreal, QC, QC

Comptoir



514-941-3457

**Total** 3 Rx**35.52 \$**

Imprimé le 7 sept. 2019 16:00

4 70010 12680 7

90

**90 APO ATORVASTATIN 10 MG, CO**Dr VU, T. (187307)  
 Ren avant 6 déc. 2019

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 3463949079-839005

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749  
 ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)Rx 1660756-0068  
 7 sept. 2019  
 DIN 02295261Prix total  
 DIN 02295261

42.81

RAMQ

42.81

0.00

0.00

5.69

37.12 \$

Total à payer

5.69 \$

Reçu Original

## Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Contribution de l'assuré		
Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
15.69	1.02	16.71	26.10	16.71	5.69

**3 x 30 ASAPHEN EC 80 MG, CO**Dr VU, T. (187307)  
 Ren avant 6 déc. 2019

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 3463940993-839006

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749  
 ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)Rx 1660757-0068  
 7 sept. 2019  
 DIN 02238545Prix total  
 DIN 02238545

31.47

RAMQ

31.47

0.00

0.00

3.63

27.84 \$

Total à payer

3.63 \$

Reçu Original

## Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Contribution de l'assuré		
Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
5.04	0.33	5.37	26.10	5.37	3.63

**90 SYNTHROID 0.075 MG, CO**Dr VU, T. (187307)  
 Ren avant 6 déc. 2019

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 3463950014-839007

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749  
 DATE PREVUE RENOUV.: 2019/11/07  
 ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)Rx 1660758-0068  
 7 sept. 2019  
 DIN 02172089Prix total  
 DIN 02172089

33.46

RAMQ

33.46

0.00

21.94

4.26

7.26 \$

Total à payer

26.20 \$

Reçu Original

## Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Contribution de l'assuré		
Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
6.91	0.45	7.36	26.10	7.36	26.20

Montreal, QC, QC

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)12.49 (D)0.00  
4 61550 25531 7

Pharmacien(s) affilié(s) à

**Jean Coutu**

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & J.COUTU IN**  
1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)34.92 (D)0.00  
4 61550 25534 8

Pharmacien(s) affilié(s) à

**Jean Coutu**

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & J.COUTU IN**  
1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)9.95 (D)0.00  
4 61550 25535 5

Pharmacien(s) affilié(s) à

**Jean Coutu**

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & J.COUTU IN**  
1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)12.11 (D)0.00  
4 61550 25536 2

Pharmacien(s) affilié(s) à

**Jean Coutu**

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & J.COUTU IN**  
1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)16.84 (D)0.00  
4 61550 25537 9



Pharmacien(s) affilié(s) à  
**Jean Coutu**

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAy & J.COUTU IN**  
1675, Ste-Catherine Ouest  
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

514-941-3457

24 METHOTREXATE 10 MG, CO

Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 3463947706-839001

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (084 JOURS)

W

Prix coûtant payé par le pharmacien

Pour le médicament	Au distributeur	Total
15.35	1.00	16.35

Honoraires professionnels	Prix RGAM
17.40	16.35

Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
16.35	12.49

Reçu Original

Rx 1660752-0068

7 sept. 2019  
DIN 02182750

Prix total  
Ass.  
Montant assuré  
Montant non assuré

79.20  
RAMQ  
79.20  
0.00

Contribution de l'assuré  
Franchise Co-Ass

8.92  
26.00

44.28 \$  
Total à payer  
34.92 \$

Reçu Original

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien		
Pour le médicament	Au distributeur	Total
51.49	3.35	54.84

Honoraires professionnels	Prix RGAM
24.36	54.84

Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
54.84	34.92

Reçu Original

120 JAMP ACIDE FOLIQUE 5 MG, CO

Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 3463940798-839002

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (084 JOURS)

Rx 1660753-0068

7 sept. 2019  
DIN 02366061

Prix total  
Ass.  
Montant assuré  
Montant non assuré

26.89  
RAMQ  
26.89  
0.00

Contribution de l'assuré  
Franchise Co-Ass

9.95  
6.94 \$

Total à payer  
9.95 \$

Reçu Original

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien		
Pour le médicament	Au distributeur	Total
2.38	0.15	2.53

Honoraires professionnels	Prix RGAM
24.36	2.53

Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
2.53	9.95

Reçu Original

90 LUXA-D 2000 UI, CAPS

Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 3463946339-839003

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Rx 1660754-0068

7 sept. 2019  
DIN 02442256

Prix total  
Ass.  
Montant assuré  
Montant non assuré

32.74  
RAMQ  
32.74  
0.00

Contribution de l'assuré  
Franchise Co-Ass

12.11  
20.63 \$

Total à payer  
12.11 \$

Reçu Original

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien		
Pour le médicament	Au distributeur	Total
6.23	0.41	6.64

Honoraires professionnels	Prix RGAM
26.10	6.64

Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
6.64	12.11

Reçu Original

90 RIVA PERINDOPRIL PLAQ 4 MG, CO

Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 3463940936-839004

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Rx 1660755-0068

7 sept. 2019  
DIN 02472023

Prix total  
Ass.  
Montant assuré  
Montant non assuré

45.67  
RAMQ  
45.67  
0.00

Contribution de l'assuré  
Franchise Co-Ass

16.84  
28.83 \$

Total à payer  
16.84 \$

Reçu Original

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien		
Pour le médicament	Au distributeur	Total
18.38	1.19	19.57

Honoraires professionnels	Prix RGAM
26.10	19.57

Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
19.57	16.84

Reçu Original

# CLINIQUE MÉDICALE DIAMANT



5885, Côte-des-Neiges, bur: 401  
Montréal, Qc H3S 2T2  
(COIN LINTON)  
Tél.: (514) 731-5994  
Fax: (514) 731-9130

5512, Côte-des-Neiges, bur: 204  
Montréal, Qc H3T 1Y9  
( métro Côte-des-Neiges )  
Tél.: (514) 737-3782  
Fax: (514) 737-2296

Nom.....

Halina Sadiq.....  
R SADH 5257 0519 Date 06 Sept 2019

03 mois

- ① methotrexate 10mg B BID  
(17 jours)
- ② A. Folique 10mg B die  
(57 jours)
- ③ Luxa D 2000 ui Podie
- ④ coversyl 4mg B HS
- ⑤ Atorvastatene 10<sup>mg</sup> die
- ⑥ AAS EC 80mg B HS
- ⑦ synthroid 75mg die

Dr \_\_\_\_\_

CD 10934 |

No T~~Thao~~ Vu MD

REPETATUR

1	2	3	4	5	PRN	187307	NR
---	---	---	---	---	-----	--------	----

RXS190404289649184