

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0032205

17604

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 918 Société : Retraite  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : BARKAK MUSTAPHA  
 Date de naissance : 1949  
 Adresse : Salmia 2 Rue 2 imm 23 app 2 CASABLANCA  
 Tél : 072290850 Total des frais engagés : 56,17 \$ can Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 11 / 09 / 2023  
 Nom et prénom du malade : Barkak, Mustapha Age: 74 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète de type 2 @ HTA  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : "  
 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 : montreal Le : 15 / 09 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

### 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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie E. VanHoenacker - P. Tremblay Aff. Pharmaprix #29 901 Ste-Catherine Est Montréal Qc H2L 2E5 Tel: 514-842-4915 Fax: 514-842-9893	15/01/2023	56.17 \$

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	B																
	00000000	00000000															
35533411	11433553																
			<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 **Pharmacie Van Hoenacker et Tr**  
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal  
H2L 2E5, 514-842-4915 



Ad:2025/03/19 <sup>RFP</sup> 21 02-403-250

**1360-424**  
60 JENTADUETO (2.5mg-500mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR  
JOUR AU DEJEUNER ET AU  
SOUPER (CODE EN150)**



BARKAK MUSTAPHA Servi: 2023/09/11  
115-831 Dr. J.LEROUX-STE Jeter: 2024/09/08

 **Pharmacie Van Hoenacker et Tr**  
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal  
H2L 2E5, 514-842-4915 



Ad:2025/03/19 <sup>RFP</sup> 21 02-372-398

**1360-428**  
30 IRBESARTAN (300mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR LE MATIN  
(PRESSION)**



BARKAK MUSTAPHA Servi: 2023/09/11  
115-831 Dr. J.LEROUX-STE Jeter: 2024/09/08

 **Pharmacie Van Hoenacker et Tr**  
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal  
H2L 2E5, 514-842-4915 

Ad:2025/09/10 <sup>RFP</sup> 24 02-348-713

**1397-571**  
30 ATORVASTATIN (20mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR  
AU COUCHER (AVEC 1 COMPRIME DE  
40MG= TOTAL 60MG)**



BARKAK MUSTAPHA Servi: 2023/09/11  
115-831 Dr. J.LEROUX-STE Jeter: 2024/09/08

 **Pharmacie Van Hoenacker et Tr**  
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal  
H2L 2E5, 514-842-4915 



Ad:2025/03/19 <sup>RFP</sup> 21 02-411-334

**1360-425**  
30 APO-AMLODIPINE-ATORVASTAT (10mg-40mg) Co

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR AU COUCHER  
REGULIEREMENT**



BARKAK MUSTAPHA Servi: 2023/09/11  
115-831 Dr. J.LEROUX-STE Jeter: 2024/09/08

 **Pharmacie Van Hoenacker et Tr**  
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal  
H2L 2E5, 514-842-4915 

Ad:2025/03/19 <sup>RFP</sup> 21 02-391-597

**1360-427**  
30 BISOPROLOL (10mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR MEME HEURE CHAQUE  
JOUR AU COUCHER**



BARKAK MUSTAPHA Servi: 2023/09/11  
115-831 Dr. J.LEROUX-STE Jeter: 2024/09/08



Quantite 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 1360-428 02-372-398	<b>IRBESARTAN 300mg Comp.</b> J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4596212328 00989	Sep-23 56.17 / 0.00	16.89	6.33	7.44	3.12	10.56
Date de service: 2023/09/11							
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total		Hon Prof.		Prix RGAM			
par le pharmacien 6.85 0.44 7.29		9.60		7.29		-	
30.0 1360-427 02-391-597	<b>BISOPROLOL 10mg Comp.</b> J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4596212333 00989	Sep-23 56.17 / 0.00	12.43	8.33	0.00	4.10	4.10
Date de service: 2023/09/11							
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total		Hon Prof.		Prix RGAM			
par le pharmacien 2.66 0.17 2.83		9.60		2.83			

Quantite 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 1360-425 02-411-334	<b>APO-AMLODIPINE- ATORVASTAT 10mg-40mg</b> J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4596210976 00989	Sep-23 56.17 / 0.00	35.16	23.56	0.00	11.60	11.60
Date de service: 2023/09/11							
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total		Hon Prof.		Prix RGAM			
par le pharmacien 24.00 1.56 25.56		9.60		25.56			
60.0 1360-424 02-403-250	<b>JENTADUETO 2.5mg-500mg Comp.</b> J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4596210979 00989	Sep-23 56.17 / 0.00	85.24	70.79	0.00	14.45	14.45
Date de service: 2023/09/11							
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total		Hon Prof.		Prix RGAM			
par le pharmacien 71.03 4.61 75.64		9.60		75.64			



[pcoptimum.ca](http://pcoptimum.ca)

## OBTENEZ DES RÉCOMPENSES À VOTRE IMAGE.

Inscrivez-vous au programme *PC Optimum* et obtenez des récompenses conçues pour vous, des invitations à des événements exclusifs ainsi que des offres spéciales sur les produits que vous achetez le plus souvent. Inscrivez-vous à [pcoptimum.ca](http://pcoptimum.ca).

Obtenez un remboursement ou un échange dans les 30 jours suivant la date d'achat initiale. Les remboursements sont effectués selon le mode de paiement initial. Renseignez-vous en magasin ou en ligne à [pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca) pour connaître la politique de remboursement complète et les exclusions.

**PHARMAPRIX**



[pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca)

## Il est facile d'échanger vos points *PC Optimum*!

Chaque tranche de 10 000 points équivaut à 10 \$ de RÉCOMPENSES GRATUITES.

POINTS	VALEUR D'ÉCHANGE
10 000	10 \$
20 000	20 \$
30 000	30 \$

Et vous pouvez échanger jusqu'à...

500 000

500 \$

Accumulez des points encore plus rapidement avec la carte de crédit Mastercard<sup>MD</sup> Services financiers le Choix du Président<sup>MD</sup>. Pour en savoir plus, visitez le site [pcfinance.ca](http://pcfinance.ca).



[pcoptimum.ca](http://pcoptimum.ca)

## OBTENEZ DES RÉCOMPENSES À VOTRE IMAGE.

Inscrivez-vous au programme *PC Optimum* et obtenez des récompenses conçues pour vous, des invitations à des événements exclusifs ainsi que des offres spéciales sur les produits que vous achetez le plus souvent. Inscrivez-vous à [pcoptimum.ca](http://pcoptimum.ca).

Obtenez un remboursement ou un échange dans les 30 jours suivant la date d'achat initiale. Les remboursements sont effectués selon le mode de paiement initial. Renseignez-vous en magasin ou en ligne à [pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca) pour connaître la politique de remboursement complète et les exclusions.

**PHARMAPRIX**



[pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca)

Il est facile d'échanger

# TREMBLAY VAN HOENACKER

TREMBLAY VAN HOENACKER  
901 STE CATHERINE EST, MONTREAL, QC, H2L 2E5  
514-842-4915

Sep. 15, 2023 2:06 PM

C029 1001 292946 500002 3

Pharmacie AM PM #2

ORDONNANCE	56,17 N X	56,17
	SOUS-TOTAL:	56,17

TOTAL: \$56,17

1 Article

CARTE DE DÉBIT 56,17

TPS #: 81872 0955RT0002 TVQ #: 1213948713T0  
0002



9990200291001002929467

\*\*\*\*\*

DONNEZ-NOUS VOTRE AVIS SUR LE SERVICE QUE  
VOUS AVEZ REÇU AUJOURD'HUI!

VISITEZ [www.surveysdm.com](http://www.surveysdm.com), COMPOSEZ LE  
1-800-701-9163 OU  
SCANNEZ LE CODE QR CI-DESSOUS



POUR AVOIR UNE CHANCE DE GAGNER

1 de 2 PRIX MENSUELS DE

1 MILLION DE POINTS OPTIMUM PC

OU 1000 \$ EN CARTES-CADEAUX.

VISITEZ [www.surveysdm.com](http://www.surveysdm.com)

POUR LE RÉGLEMENT COMPLET DU CONCOURS.

Numéro de certificat: 02500808-2519718

\*\*\*\*\*

Conservez reçu pour retour dans les 30  
jours. Visitez [pharmaprix.ca](http://pharmaprix.ca) des exclusions.

TYPE: ACHAT

COMPTE: CHEQUE 56,17 CAD\$

Type de carte: DÉBIT

NUMERO CARTE: \*\*\*\*\*0652 C

DATE/HEURE: 23/09/15 14:06:46

NUMERO REF: 0010014290

AUTOR #: 008334

INTERAC

A0000002771010 0080008000 E800

OC/001 APPROUVEE - MERCI

VERIFIEE PAR NIP

-- IMPORTANT

Conserver cette copie pour vos dossiers.

\*\*\* COPIE DU CLIENT \*\*\*



**Pharmacie Van Hoenacker et  
Tremblay**  
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal  
H2L 2E5, 514-842-4915

**BARKAK MUSTAPHA**  
1585 DE LA VISITATION  
MONTREAL, QC  
H2L-3C2, 514 284-0853

Date: 2023/09/15 14H02

RAMQ: BARM 4901 0110



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 1397-571 02-348-713	<b>ATORVASTATIN 20mg Comp.</b> J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4596212321 009895	Sep-23 56.17 / 0.00	16.56	1.10	15.46	0.00	15.46
Date de service: 2023/09/11							
Prix coûtant payé Pour médicament		Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 6.53		0.43	6.96	9.60	6.96		
30.0 1397-567 02-443-945	<b>JARDIANCE 25mg Comp.</b> J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4596210960 00991	Sep-23 56.17 / 0.00	93.56	93.56	0.00	0.00	0.00
Date de service: 2023/09/11							
Prix coûtant payé Pour médicament		Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 78.52		5.11	83.63	9.93	83.64		

No: 1798151  
ORIGINAL  
Reçu 4 de 4



Passera: 11/09/2023 à 00:18  
\_NULL\_

**Total: 56.17\$**

**REÇU OFFICIEL**

- Cette ordonnance est une ordonnance originale  
- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

**PHARMACIE ERIC VAN HOENACKER ET PIERRE-BENOIT TREMBLAY**

901 Rue Ste-Catherine E Montréal (Québec) H2L 2E5

L'original ne sera pas utilisé

*JLear*

COPIE



Clinique Médicale Angus

Date: 20 mars 2023	NAM: BARM 4901 0110 Exp.: 2029-01	Nom: Mustapha Barkak
	DDN: 1 janvier 1949	Tel.: (514) 284-0853

Allergies: Aucune  
Poids: 77,75 kg

Bandelettes et lancettes pour glycémie capillaire - Ren.: 24  
#100, ren x 24 mois

↑ REPAGLINIDE 0.5 MG COMPRIME - Ren.: 24  
PRENEZ 1 à 2 COMPRIMES 3 FOIS PAR JOUR selon la glycémie

JENTADUETO 500+2.5 MG COMPRIME - Ren.: 24  
1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR AU DEJEUNER ET AU SOUPER (CODE EN150)

AMLODIPINE ATORVASTATIN 10+40 MG COMPRIME - Ren.: 24  
PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER REGULIEREMENT

BISOPROLOL 10 MG COMPRIME - Ren.: 24  
1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER

IRBESARTAN 300 MG COMPRIME - Ren.: 24  
1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN

FER-SULFATE 300 MG COMPRIME - Ren.: 24  
1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR

JARDIANCE 25 MG COMPRIME - Ren.: 24  
1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR  
code en148

Dex4 Glucose 4g comp.croq. - Ren.: 24  
4 co po si hypoglycémie, ren x 24 mois

Tous ren x 24 mois, mercil - Ren.: 0  
Tel que prescrit

COPIE

*JLear*

Dre Leroux-Stewart, Josée  
Médecin  
1158310

2601 William Tremblay, Bureau 200 Montréal (Québec) H1Y 0E2  
Téléphone: (514) 807-2333 | Télécopieur: (514) 596-1821

Ce document est confidentiel et ne peut être consulté que par l'utilisateur qui y est mentionné.  
Imprimé le 2023-03-20 13:22:05 par Josée Leroux-Stewart

Heure de réception Mar. 20. 2023 1:23PM N° 4705

Copie



- Cette ordonnance est une ordonnance originale

- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

PHARMACIE ERIC VAN HOENACKER ET PIERRE-BENOIT TREMBLAY

901 Rue Ste-Catherine E Montréal (Québec) H2L 2E5

L'original ne sera pas utilisé

*JL*



Clinique Médicale Angus

Date: 11 septembre 2023

NAM: BARM 4901 0110 Exp.: 2029-01

Nom: Mustapha Barkak

DDN: 1 janvier 1949

Tel.: (514) 284-0853

Allergies: Aucune

Poids: 74,75 kg

rajouter un ATORVASTATIN 20 mg supplémentaire - Ren.: 24 (DSQ)

1 co po die (donc total 60 mg die)

JARDIANCE 25 MG COMPRIME - Ren.: 24 (DSQ)

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR idem, mais le matin et non le soir

cesser FER-SULFATE - Ren.: 0 (DSQ)

Tel que prescrit

hytrin - Ren.: 24 (DSQ)

1 mg po die hs, ren x 24 mois

*Copi*

Pharmacie E. VanHoenacker - P.B. Tremblay  
 aff. Pharmaprix #29  
 901 Ste-Catherine Est  
 Montréal Qc H2L 2E5  
 Tel: 514-842-4915  
 Fax: 514-842-9893

*JL*

Dre Leroux-Stewart, Josée

Médecin

1158310

2601 William Tremblay, Bureau 200 Montréal (Québec) H1Y 0E2

Téléphone: (514) 807-2333 | Télécopieur: (514) 596-1821

Ce document est confidentiel et ne peut être consulté que par l'utilisateur qui y est mentionné.

Imprimé le 2023-09-11 16:30:45 par Josée Leroux-Stewart

Page 1 / 1

Heure de réception Sept11. 2023 4:33PM N° 0611