

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.

adiologie 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- 0008813

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUJOUAD Mohamed Date de naissance : 26.12.1957

Adresse : 17-2400 BOUL de la Renaissance LAVAL

Tél. : 514.546.8508 Total des frais engagés : 36,14 CAD Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 SEP 2019

Nom et prénom du malade : MOUJOUAD Mohamed Age : 61

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACCEPTANCE

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 (QG)

Le : 23/07/2019

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

Chambre des Pharmaciens de Khamlia
Affiliée à Régionaprix Ste-Rose

334, Curé-Labellé
Laval, Québec, H7L 0A4
Tél.: 450-625-2913 poste 10
Fax: 450-625-4599

Montant de la Facture

36.14 \$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'OD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	<hr/>
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

0251-919 Ad:2019/1106 9

10 SANDOZ DORZOLAMIDE/TIMOLO (2%-0.5

INSTILLEZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR
JOUR AUX 12 HEURES DANS LES
2 YEUX

MOUJOUUD MOHAMED Serv: 2019/07/23
187-002 Dr: L.CHARBONNE Jeter: 2019/08/22



Bellevue
CLINIQUE
D'OPHTHALMOLOGIE

**INSTITUT
DU
GLAUCOME
DE MONTREAL**

0251-920 Ad:2019/1106 9

5 SANDOZ-TRAVOPROST (0.004%) Gtde Oph

INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR
JOUR AU COUCHER DANS LES 2
YEUX

MOUJOUUD MOHAMED Serv: 2019/07/23
187-002 Dr: L.CHARBONNE Jeter: 2019/08/20



ORDONNANCE DE DÉPART

Date : 6/11/2018

Nom : M. Mohammed moujoud

Rx

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alphagan P | 1 gtte _____ BID |
| <input type="checkbox"/> Azarga | 1 gtte _____ BID |
| <input type="checkbox"/> Azopt | 1 gtte _____ BID |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cosopt | 1 gtte <u>ou</u> _____ BID |
| <input type="checkbox"/> Cosopt (sans préservatif OP91) | 1 gtte _____ BID |
| <input type="checkbox"/> Combigan | 1 gtte _____ BID |
| <input type="checkbox"/> Diamox _____ | mg p.o. _____ ID (#____) |
| <input type="checkbox"/> Duo Trav (5 ml) *OP39 | 1 gtte _____ DIE |
| <input type="checkbox"/> Lumigan RC 0.01% | 1 gtte _____ QHS |
| <input type="checkbox"/> Neptazane _____ | mg p.o. _____ ID (#____) |
| <input type="checkbox"/> Pilocarpine _____ % | 1 gtte _____ ID |
| <input type="checkbox"/> Timoptic 0.5% | 1 gtte _____ BID |
| <input type="checkbox"/> Timoptic-XE 0.5% | 1 gtte _____ DIE |
| <input type="checkbox"/> Travatan (5 ml) | 1 gtte _____ QHS |
| <input checked="" type="checkbox"/> Travatan z | 1 gtte <u>ou</u> _____ QHS |
| <input type="checkbox"/> Trusopt | 1 gtte _____ BID |
| <input type="checkbox"/> Xalacom *OP39 | 1 gtte _____ QHS |
| <input type="checkbox"/> Xalatan | 1 gtte _____ QHS |
| <input type="checkbox"/> Autres: _____ | Renouvable 12 fois |

Moujoud 87002

Signature du médecin

- | | | | |
|--|-----------|--|----------|
| <input type="radio"/> Alotaibi, Noor | 15048 | <input type="radio"/> Lepage-Létourneau, Pierre | 13-372 |
| <input type="radio"/> Bélair, Marie-Lyne | 06-175 | <input type="radio"/> Montplaisir, Sylvie | 81-203-1 |
| <input type="radio"/> Biernacki, Katarzyna | 13-160 | <input type="radio"/> Mwilambwe, Annick | 11-046-3 |
| <input type="radio"/> Callejo, Sonia | 11-0506-3 | <input type="radio"/> Paquin, Michel | 66-046-3 |
| <input checked="" type="radio"/> Charbonneau, Louise | 87002-1 | <input type="radio"/> Rezende, Flavio | 09321 |
| <input type="radio"/> Hammamji, Karim | 13-534 | <input type="radio"/> Singh, Harmanjit | 14784 |
| <input type="radio"/> Harasymowycz, Paul | 01-359-8 | <input type="radio"/> Swieca, Richard | 85-501 |
| <input type="radio"/> Hasan, Jesia | 15542 | <input type="radio"/> Wein, Francine | 98-342 |
| <input type="radio"/> Heckler, Lisa | 15035 | <input type="radio"/> Youhnovska, Pavlina | 12-747 |
| <input type="radio"/> Jaworski, Laurence | 11-1467-7 | <input type="radio"/> Institut du glaucome de Montréal | |

*Copié conforme
Service à*
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

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



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOUUD MOHAMED

334 Boul. Cure-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: 2019/07/23 20H11

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité DU PHAR- DIN	Nom du médicament FÉRÉCIPPEUR No de référence	Période cumul/ res	Montant PSA	Montant ASSUREUR	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
5.0 0251-920 02-413-167	SANDOZ-TRAVOPROST 0.004% Gtte Opht. L'CHARBONNEAU Acceptée : 00-865069747-000801	Jul-19 24.88 / 68.20	30.22	5.34	21.75	3.13	24.88
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	19.70	1.28	20.98	9.24	20.98		
10.0 0251-919 02-344-351	SANDOZ DORZOLAMIDE/TIMOLO 2%-0.5% Sol.Opht. L'CHARBONNEAU Acceptée : 00-865068155-000802	Jul-19 36.14 / 56.94	30.42	19.16	0.00	11.26	11.26
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	19.89	1.29	21.18	9.24	21.18		

No: 0391525
 ORIGINAL
 Reçu 1 de 1

Passera: 23/07/2019 à 00:20
 Merci de nous faire confiance

Total: 36.14\$



YVONNE KHAMLA

PQ 1865

334 CURE-LABELLE, LAVAL, QC, H7L 4T7
450-625-2913

Jui. 23, 2019 8:19 PM

1865 1001 127733 500001 3

ORDONNANCE 36,14 N X 36,14
SOUS-TOTAL: 36,14

TOTAL: \$36,14

1 Article

CARTE DE DÉBIT 36,14

TPS #:80302 1757RT0001 TVQ #:1201351622TQ000

1



9990218651001001277333

Partagez votre opinion sur notre magasin!
Rendez-vous sur www.pharmaprixsondage.com
ou composez le 1-800-701-9163. Courez la
chance de gagner l'un des 2 prix mensuels de
1 million de points PC Optimum ou de 1 000 \$
en cartes-cadeaux. Consultez le
www.pharmaprixsondage.com pour
tous les règlements du concours.
Numéro de certificat:12783501-6055214

Conservez reçu pour retour dans les 30
jours. Visitez pharmaprix.ca des exclusions.

TYPE : ACHAT

COMPTE: FLASH DEFAULT \$ 36.14

Type de carte: Interac

NUMERO CARTE: ****4293

DATE/HEURE: 19/07/23 20:19:11

NUMERO REF: 66341392 0012150630 H

AUTOR #: 008650

INTERAC

A0000002771010 8080008000

00/001 APPROUVEE - MERCI

-- IMPORTANT --

Conserver cette copie pour vos dossiers

*** COPIE DU CLIENT ***

GET REWARDED FOR BEING YOU.

Sign up for the PC Optimum program and get rewards tailored specially for you, with exclusive events and offers on the things you buy the most. Sign up at pcoptimum.ca.

Refunds or exchanges can be made within 30 days of original date of purchase with receipt. Refunds will be issued in original form of tender. See store or shoppersdrugmart.ca for complete refund policy and exclusions.



shoppersdrugmart.ca

Spending your PC Optimum points is easy!

Every 10,000 points is like
\$10 worth of FREE STUFF.

POINTS	REWARD VALUE
10,000	\$10
20,000	\$20
30,000	\$30

And you can keep on going up to...

500,000	\$500
---------	-------

Earn points even faster with a PC Financial Mastercard®. Learn how at pcfintancial.ca.



pcoptimum.ca

GET REWARDED FOR BEING YOU.

Sign up for the PC Optimum program and get rewards tailored specially for you, with exclusive events and offers on the things you buy the most. Sign up at pcoptimum.ca.

Refunds or exchanges can be made within 30 days of original date of purchase with receipt. Refunds will be issued in original form of tender. See store or shoppersdrugmart.ca for complete refund policy and exclusions.