

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-445673

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHEM OMAN

Date de naissance : 07/03/1943

Adresse : 5 BIS RUE IBRAHIM BABA CASABLANCA

Tél. : 05 22 30 11 77

06 70 24 12 67 Total des frais engagés : CAS 26,03

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/08/2019

Nom et prénom du malade : HACHEM SADIY

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

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	al	226,03

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

[illegible]

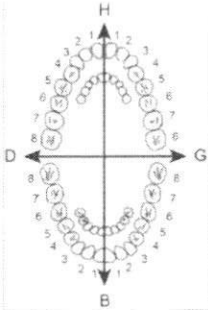
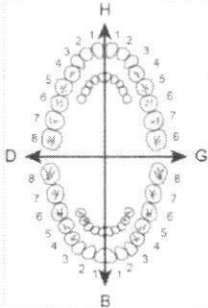
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION



Pharmacien(s) affilié(s) à

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

Pharmacien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR, V.SAVOIE-ROSAY & J.COUTU INC**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) 26.03 (D) 0.00
4 61445 06997 5**SADIQ****HALIMA (HACHEM)**4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

Comptoir

**514-941-3457****Total 1 Rx 26.03 \$**

Imprimé le 9 août 2019 18:41

4 70010 03907 7

03

90 SYNTHROID 0.075 MG, CO Dr VU, T. (187307) Ren avant 9 nov. 2019	Rx 1652774-0068 9 août 2019 DIN 02172089	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
						Franchise	Co-Ass	
		33.46	RAMQ	33.46	0.00	21.94	4.09	7.43 \$

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 3442985745-819085

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Total à payer 26.03 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
6.91	0.45	7.36	26.10	7.36	26.03

Reçu Original

Votre pharmacien affilié à Jean Coutu peut faire davantage pour vous faciliter la vie

Your Jean Coutu affiliated pharmacist can do more to simplify your life



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances avec notre **système téléphonique automatisé** 24 heures sur 24

Your pharmacist offers you prescription renewals at your convenience with our 24-hour **automated phone system**



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances par Internet ou via votre **Dossier santé en ligne au jeancoutu.com**

Your pharmacist offers you on-line prescription renewals by Internet or using your **Health Record at jeancoutu.com**

PJC JEAN COUTU #068
1675, Ste-Catherine Ouest
Montréal (Québec) H3H 1L9
tél. 514 933-4221



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 Halima Sadiq
R SADH 52570519 Date 09/08/2019

- cesser synthroid 88mg
- donner synthroid 75mg
die x 03mois

Thao
Thao Vu MD
187307

RXS190404289649384

Dr _____ No licence _____

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



Hôpital général juif
Jewish General Hospital
3755, Côte Ste-Catherine, Montréal, QC, H3T 1B2



FEUILLE SOMMAIRE
SUMMARY SHEET

Date de départ
Discharge date :

U-802375
K1015-A

HACHEM, OMAR

1943-03-07
2019095479
HACO43030710
2019-07-27 NEUROLOGY

Dx Provisoire / Provisional Dx:

Cerebellar transient ischemic attack

Dx Final / Final Dx:

Right Thalamic Infarct

(27 juillet 2019)

Autres Dx / Other Dx:

Transient Ischemic Attack x 2 (2013, 2017)
Hypertension
Dyslipidemia

Complications

None

Examen ou traitement médical / chirurgical:
Surgical / medical test or treatment:

Clopidogrel
ASA

Examens Spéciaux / Special Examinations

Transthoracic Echocardiogram
CT angiogram
Holter Monitoring
Doppler carotids

Médicaments au départ / Discharge medication:

Medication	Dos e	Rout e	Frequenc y	PRN ?	Comments
see medication reconciliation					



Hôpital général juif
Jewish General Hospital

FEUILLE SOMMAIRE (Suite)

SUMMARY SHEET (Continued)

HACHEM, OMAR

U- 802375

a questionable posterior outpouching of the left ICA posteriorly measuring 2.5 mm near the left carotid terminus (series 605, image 102). An aneurysm cannot be excluded.

Doppler (07/29): Tortuous internal carotid arteries. There is a small fibrous plaque at the right carotid bulb. Otherwise unremarkable doppler exam. No evidence for dissection of the scanned vertebral artery segments at the level of the neck.

Transthoracic echocardiogram (08/02): No source of cardiac emboli. No LV thrombus visualized. Normal LV size and function with a LVEF 60-65%. No wall motion abnormalities.

Holter x 48h completed (report pending)

Condition au départ / Condition on discharge:

Stable

Transféré à / Transferred to: Home Directly

Suivi et résultats de tests non-reçus / Follow Up & Outstanding Tests:

- Cardiostat for 10 days as outpatient
- Continue clopidogrel for 3 weeks total; continue aspirin indefinitely
- Follow-up with Dr. Moore (neurology) in 6-8 weeks
- Follow-up with family MD to manage cardiovascular risk factors

Electronically signed by Dr. David Li, R25218 2019.08.02 at 14:30

CM: document type SUMMARY1 : MRN 802375 : account # 2019095479 : job # 0 : document # 2475591 : activity date : attending

Résumé de dossier:

Summary of medical record to :

Docteur :

Doctor :

Docteur :

Doctor :

Adresse :

Address :

Adresse :

Address :

COPY

THE PATIENT MAY
HAVE ACCESS TO
HIS/HER MEDICAL
RECORD

YES ☐

NO ☐



Hôpital général juif
Jewish General Hospital

FEUILLE SOMMAIRE (Suite)

SUMMARY SHEET (Continued)

HACHEM, OMAR

U- 802375

Produits sanguins et/ou dérivés administrés / Blood products and/or their derivatives administered:

Oui/Yes [] Non/No [X]

Note au départ / Discharge note:

Mr. Hachem is a 76-year-old gentleman who came to the Jewish General Hospital on July 27, 2019 .

1) Right thalamic infarct

On July 27, 2019 at approximately 15:45, the patient developed blurred vision that became vertical diplopia, slurred speech, right eye closure and right facial droop. By 17:58, all of the patient's symptoms had resolved. The patient was already on aspirin, and clopidogrel was started.

A CT angiogram did not reveal any acute lesions, therefore an MRI was requested which showed a 17mm acute infarct in the right thalamus (see full reports below). The patient was asymptomatic during his stay on K10 and stroke work-up including bloodwork was negative.

Investigations:

MRI (07/31): 17 x 10 mm focus of T2/FLAIR hyperintensity in the right thalamus with diffusion restriction, in keeping with an acute right thalamic infarct. This lesion also minimally involves the posterior limb of the right internal capsule. Chronic infarcts in the right and left cerebellar lobes. Chronic lacunar infarcts of the right caudate head and bilateral lentiform nuclei. No acute intracerebral hemorrhage. No extra-axial blood or fluid collection. No intracranial mass identified. Normal size and configuration of the ventricular system. Age-related moderate diffuse brain volume loss. Few periventricular and deep white matter T2/flair hyperintensities, which are nonspecific but statistically represent moderate chronic microangiopathic changes. The brainstem, posterior fossa, and cervicomedullary junction are preserved. Normal intracranial intravascular flow voids. The orbits, periorbital, and paracavernous spaces are normal. No significant abnormality of the skull base or calvarium.

CTA (07/27): Old infarcts within the cerebellar hemispheres bilaterally. Chronic lacunar infarcts within the lentiform nucleus bilaterally and the right caudate head nucleus.

There is no intracranial hemorrhage or acute territorial infarct.

There is no edema or mass effect. There is a 1.1 cm partially calcified anterior right para falcine extra-axial mass most likely meningioma.

There is no vascular occlusion or high-grade stenosis within the head and neck.

Multilevel cervical spine degenerative changes. No upper lobe lung masses. There is

Résumé de dossier:

Summary of medical record to :

Docteur :

Doctor :

Docteur :

Doctor :

Adresse :

Address :

Adresse :

Address :

COPY

THE PATIENT MAY
HAVE ACCESS TO
HIS/HER MEDICAL
RECORD

YES ☐

NO ☐