

## 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.

### Diagnostique 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



## Déclaration de Maladie : N° P19- 0008805

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUJOUH Mohamed

Date de naissance : 26/12/1957

Adresse : 17 - 2400 BOUL de la Renaissance LAYAL (94)

Tél. : 514 546 8508

Total des frais engagés : 70,60 \$ CAD

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

03 OCT. 2019

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MOUJOUH Mohamed

Age : 62

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 (94)

Le : 8 / 09 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 et signature du Praticien	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Yvonne Khamla</i> <i>Affiliée à Pharmaprix Ste-Rose</i> <i>334 Quai-Labelle</i> <i>Laval, Québec, H7L 0A4</i> <i>Tél.: 450-625-2913 poste 10</i> <i>Fax: 50-625-4599</i> <i>Si Minh Van, pharmacienne</i>	2019/01/8	70,60 \$

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES (PROFIL)

00037



**MOUJOURD MOHAMED**  
17-2400 boulevard de la R  
Laval, QC  
H7L-4L1, 514 548-8508

Sexe: M  
Taille:  
Poids:  
CICr:

Imprimé le : 2018/10/22



RAMQ: MOUM 5712 2612 /  
Nai: 1967/12/26 Age: 60 Ans

Êt: Ch: Lit:

Allergies/Intolérances: Pas d'allergie déclarée  
Pathologies:

Nom du médicament Posologie	Heures de pose	Arrêt	Signature médecin
Indications 0179-576 APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN		Date <input type="checkbox"/>	a parrain x 1 fois
Orig : 2016/12/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2017/12/12		
0186-248 ROSUVASTATIN 10mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER		<input type="checkbox"/>	Rx 12
Orig : 2017/02/20 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2019/02/20		
0179-673 LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER		<input type="checkbox"/>	
Orig : 2016/12/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2017/12/12		
0202-713 AIGUILLE ULTRA-FINE III 5mm Cal.31 BD AIGUILLES 5MM 31G		<input type="checkbox"/>	
Orig : 2017/08/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2018/08/12		
0186-247 JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS ##EN150##		<input type="checkbox"/>	
Orig : 2017/02/20 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2018/02/20		
0214-300 ASA EC 80mg Comp. Entér. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR		<input type="checkbox"/>	
Orig : 2017/12/04 L.TRUDELLE (1832617)	Valide jusqu'au: 2018/12/04		
0179-671 COVERSIL PLUS 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN		<input type="checkbox"/>	
Orig : 2016/12/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2017/12/12		
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)		<input type="checkbox"/>	rec
Orig : 2017/12/04 L.TRUDELLE (1832617)	Valide jusqu'au: 2018/12/04		
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

Dr. N. Chabane Chaouch 94004  
IMSL 1875, Maurice Gauvin, bur. 102  
Laval, Qc H7L 2M5  
Tél: 450-902-0943  
Fax: 450-902-0919

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

Je certifie que cette copie  
est conforme à l'original  
Si Minh Hoa, pharmacienne



**Lant**

**100 Unités/n**

**solution inje**

**solution for**

**insuline glargi**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml

**P.P.V : 152,50 DH**



Lot /Batch:

Fab./Mfg.:

EXP:

9F6025A  
10.2018  
09.2021



**Lant**

**100 Unités/n**

**solution inje**

**solution for**

**insuline glargi**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml

**P.P.V : 152,50 DH**



Lot /Batch:

Fab./Mfg.:

EXP:

9F6025A  
10.2018  
09.2021



**Lant**

**100 Unités/n**

**solution inje**

**solution for**

**insuline glargi**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml

**P.P.V : 152,50 DH**



Lot /Batch:

Fab./Mfg.:

EXP:

9F6025A  
10.2018  
09.2021



**Lant**

**100 Unités/n**

**solution inje**

**solution for**

**insuline glargi**

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj

b1 sty 3ml

**P.P.V : 152,50 DH**



Lot /Batch:

Fab./Mfg.:

EXP:

9F6025A

10.2018

09.2021



0248-101

Ad:2020/10/24 <sup>REP</sup> 6

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

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR AU MILIEU DU REPAS**

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2019/09/08

104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/09/05



0248-097

Ad:2020/10/24 <sup>REP</sup> 4

5 APIDRA SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

**20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS  
PAR JOUR LE MATIN**

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2019/09/08

104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2019/10/06



0248-098

Ad:2020/10/24 <sup>REP</sup> 8

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp

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

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2019/09/08

104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/09/05



0248-103

Ad:2020/10/24 <sup>REP</sup> 4

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR LE MATIN**

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2019/09/08

104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/09/05





# 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**



English version available upon request

# 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**



English version available upon request



Yvonne Khamla pharmacienne **MOUJOUR 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: 2019/09/08 17H40

RAMQ: MOUM 5712 2612



Yvonne Khamla pharmacienne **MOUJOUR 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: 2019/09/08 17H40

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité DU DE RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	APAYER	
30.0 0248-103 02-464-020	<b>PERINDOPRIL/INDAPAMIDE</b> 1.25mg-4mg Comp. <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : -830724929	Sep-19 23.19 / 69.89	25.64	2.45	21.75	1.44	23.19
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 15.34 1.00 16.34			9.30		16.34		
30.0 0248-101 02-416-794	<b>JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A.</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : -830724928	Sep-19 42.83 / 50.25	53.07	33.43	0.00	19.64	19.64
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 41.10 2.67 43.77			9.30		43.77		

No: 0397882  
 ORIGINAL  
 Reçu 1 de 2

Passera: 08/09/2019 à 00:17  
 Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page

**REÇU OFFICIEL**

Quantité DU DE RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	APAYER	
30.0 0248-098 02-405-636	<b>ROSUVASTATIN 10mg Comp.</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : -830724926	Sep-19 47.87 / 45.21	13.63	8.59	0.00	5.04	5.04
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 4.07 0.26 4.33			9.30		4.33		
5.0 0248-097 02-294-346	<b>APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo</b> <b>N.CHABANE-CHAOUCH</b> Acceptée : -830724925	Sep-19 70.60 / 22.48	61.43	38.70	0.00	22.73	22.73
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 49.00 3.19 52.19			9.24		52.19		

No: 0397882  
 ORIGINAL  
 Reçu 2 de 2

Passera: 08/09/2019 à 00:17  
 Merci de nous faire confiance

Total: 70.60\$

**REÇU OFFICIEL**