

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.

Biologie 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- 0008805

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6773 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

26/12/1957

Nom & Prénom : MOUJOU D Mohamed

Date de naissance :

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

Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : 70,60 \$ CAD DK

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 OCT. 2019

Nom et prénom du malade : MOUJOU D 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) :

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
10/09/2018 Ste Rose	10/09/2018 Ste Rose	10/09/2018 Ste Rose	10/09/2018 Ste Rose	10/09/2018 Ste Rose

EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Pharmacien Affiliée à FPC Tél.: 450-351-1234 Fax: 450-351-1234	Date	Montant de la Facture
	2019/09/18	70,60 \$

Si Minh Vu, pharmacist

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

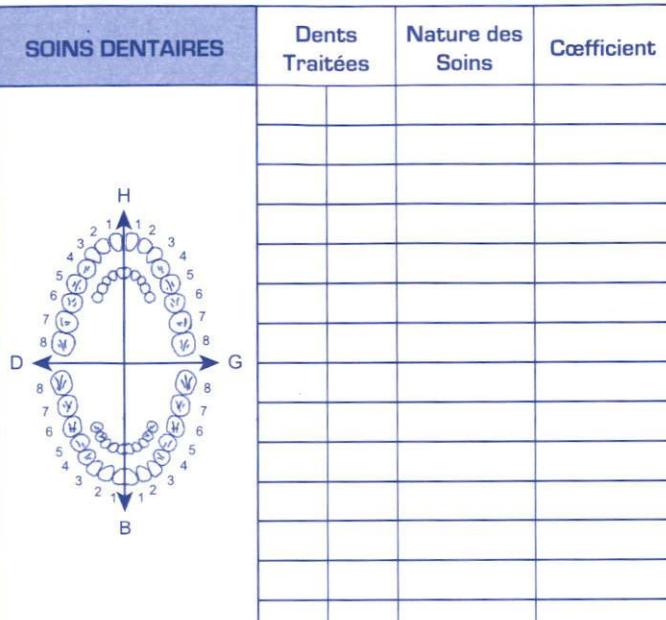
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

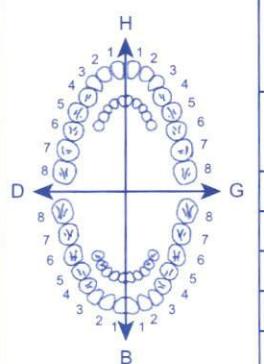


DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

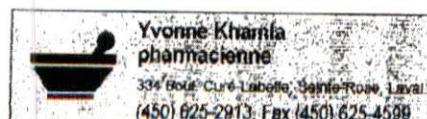


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES (PROFIL)

22237



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

RAMQ: MOUM 5712 2612 /
Nai: 1957/12/26 Age: 60 Ans

Sexe: M
Taille:
Poids:
CICR:

Imprimé le : 2018/10/22



Et: Ch: Lit:

Allergies/Intolérances: Pas d'allergie déclarée
Pathologies:

Nom du médicament Posologie	Heures de pose	Arrêt	Signature médecin
Indications 0179-876 APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN		<input type="checkbox"/>	a parvenir x 1 mois
Orig : 2016/12/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2017/12/12		
0186-248 ROSEUVASTATIN 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		
0179-873 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. Entré. 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 COVERSYL PLUS 1.26mg-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"/>	
Orig : 2017/12/04 L.TRUDELLE (1832617)	Valide jusqu'au: 2018/12/04		
Dr. Walter Chabane Chabouch 94004 IMSL 1875, Montée Gauvin, bdr. 102 Laval, Côte H7S 2M6 Tél.: 450-902-0943 Fax: 450-902-0919	cladan 04004	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

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

Je certifie que cette copie
est conforme à l'original

Page 1

Si Minh Vu, pharmacienne



Lant
100 Unités/n
solution injé
solution for i
insuline glargin

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



6 118001 081608

Lot /Batch:

Fab./Mfg.:

EXP:

9F6025A

10.2018
09.2021



Lant
100 Unités/n
solution injé
solution for i
insuline glargin

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



6 118001 081608

Lot /Batch:

Fab./Mfg.:

EXP:

9F6025A

10.2018
09.2021



Lant
100 Unités/n
solution injé
solution for i
insuline glargin

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



6 118001 081608

Lot /Batch:

Fab./Mfg.:

EXP:

9F6025A

10.2018
09.2021



Lant
100 Unités/n
solution injé
solution for i
insuline glargin

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



6 118001 081608

Lot /Batch:

Fab./Mfg.:

EXP:

9F6025A

10.2018
09.2021



0248-101 Ad:2020/10/24 6

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

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



MOUJOUUD MOHAMED Servi: 2019/09/08
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/09/05



0248-097 Ad:2020/10/24 4

5 APIDRA SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

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



MOUJOUUD MOHAMED Servi: 2019/09/08
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2019/10/06



0248-098 Ad:2020/10/24 8

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

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



MOUJOUUD MOHAMED Servi: 2019/09/08
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/09/05



0248-103 Ad:2020/10/24 4

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

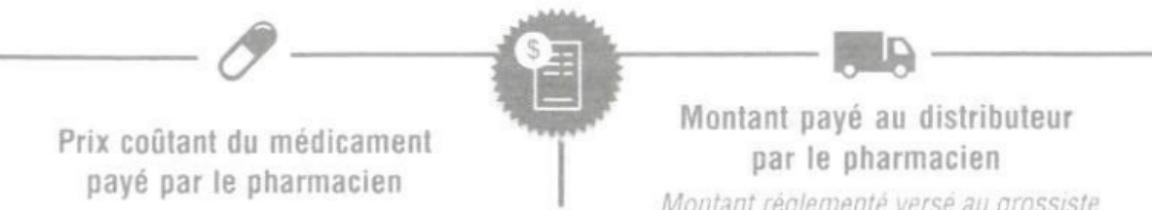
**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN**



MOUJOUUD 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



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



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
334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval H7L-4L1, QC
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599

MOUJOUD MOHAMED
17-2400 boulevard de la R
Laval, QC
H7L-4L1, 514-546-8508

Date: 2019/09/08 17H40
RAMQ: M0UM 57122612



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



Yvonne Khamla pharmacienne
334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval H7L-4L1, QC
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599

MOUJOUD MOHAMED
17-2400 boulevard de la R
Laval, QC
H7L-4L1, 514-546-8508

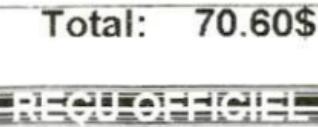
Date: 2019/09/08 17H40
RAMQ: M0UM 57122612



Quantité N° de RX DIN	Nom du médicament Faisceau No de référence	Période cumul/ress	Montant RA	Montant Assuré	Contribution de l'assuré			
					Franchise	Coass.	À PAYER	
30.0 0248-098 02-405-636	ROSVUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -830724926	Sep-19 47.87 / 45.21	13.63	8.59	0.00	5.04	5.04	
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
4.07		0.26	4.33	9.30	4.33			
5.0 0248-097 02-294-346	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -830724925	Sep-19 70.60 / 22.48	61.43	38.70	0.00	22.73	22.73	
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
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\$