

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-445639

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HACHEM OMR  
 Date de naissance : 07/03/1943  
 Adresse : 5 BIS RUE IBRAHIM BABER OUSA  
 Tél. : 05 22 36 77 77 Total des frais engagés : 95,03 DHS  
 066711267

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/2019  
 Nom et prénom du malade : HACHEM OMR Age : 76 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Hypertension artérielle - diabète - reflux gastro-œsophagien  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : AVC

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 : OUSA Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PJC JEAN COUTU #068</b> 1675, Ste-Catherine Ouest Montréal (Québec) H3H 1L9 tél. 514 933-4221	el	(14) 95,03

[illegible][illegible]

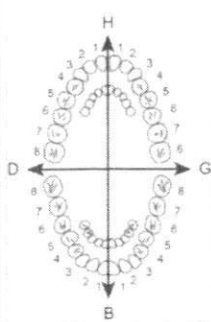
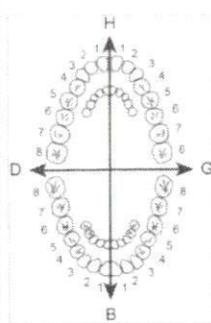
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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





Pharmacien(s) affilié(s) à

**Jean Coutu**

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



Pharmacien(s) affilié(s) à

**Jean Coutu**

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

**HACHEM, OMAR**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)45.20 (D)0.00  
4 61550 25049 7



Pharmacien(s) affilié(s) à

**Jean Coutu**

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

**HACHEM, OMAR**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)30.60 (D)0.00  
4 61550 25050 3



Pharmacien(s) affilié(s) à

**Jean Coutu**

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

**HACHEM, OMAR**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)5.60 (D)0.00  
4 61550 25052 7



Pharmacien(s) affilié(s) à

**Jean Coutu**

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

**HACHEM, OMAR**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)13.63 (D)0.00  
4 61550 25064 0

**HACHEM****OMAR**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457

Comptoir



**Total 4 Rx 95.03 \$**

Imprimé le 6 sept. 2019 20:58

4 70010 12508 4

01

**90 SANDOZ AMLODIPINE 10 MG, CO**

Dr VU, T. (187307)

Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660574-0068**

6 sept. 2019

DIN 02284391

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$  
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
45.20	RAMQ	45.20	0.00	45.20	0.00	0.00 \$

**Total à payer 45.20 \$**

RAMQ Réf: 3463663215-838739

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749  
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

## Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
17.93	1.17	19.10	26.10	19.10	45.20

**90 APO ATORVASTATIN 40 MG, CO**

Dr VU, T. (187307)

Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660575-0068**

6 sept. 2019

DIN 02295296

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$  
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
48.55	RAMQ	48.55	0.00	20.05	10.55	17.95 \$

**Total à payer 30.60 \$**

RAMQ Réf: 3463663227-838740

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749  
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

## Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
21.08	1.37	22.45	26.10	22.45	30.60

**30 RIVA PANTOPRAZOLE 40 MG, CO.LIB.RETAR**

Dr VU, T. (187307)

Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660576-0068**

6 sept. 2019

DIN 02316463

Montant résiduel RAMQ: 22.83 \$  
Contributions à ce jour: 31.25 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
15.14	RAMQ	15.14	0.00	0.00	5.60	9.54 \$

**Total à payer 5.60 \$**

RAMQ Réf: 3463670337-838742

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

## Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
6.05	0.39	6.44	8.70	6.44	5.60

**3 x 60 ASAPHEN EC 80 MG, CO**

Dr VU, T. (187307)

Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660577-0068**

6 sept. 2019

DIN 02238545

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$  
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
36.84	RAMQ	36.84	0.00	0.00	13.63	23.21 \$

**Total à payer 13.63 \$**

RAMQ Réf: 3463672519-838752

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749  
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

## Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
10.08	0.66	10.74	26.10	10.74	13.63

dh



# 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 1Y6

(métro Côte-des-Neiges)

Tél.: (514) 737-3782

Fax: (514) 737-2296

Nom.....

Omar Hachem

HACO 4303 0710

Date.....

06 Sept 2019

Rx

03 mois

- ① amlodipine 10mg po PM
- ② Atorvastatine 40mg po die
- ③ ~~Plavix~~ prasugrel 40mg po die  
(PP12)
- ④ AAS 160mg po HS

PJC JEAN COUTU #068

1675, Ste-Catherine Ouest  
Montréal (Québec) H3H 1L9  
tél. 514-933-4221

Thao

Thao Vu MD  
187307

PJC JEAN COUTU #068

1675, Ste-Catherine Ouest  
Montréal (Québec) H3H 1L9  
tél. 514-933-4221

Dr.....

No licence.....

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