

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 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° P19-0008808

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOUSSOU Mohamed Date de naissance : 14/03/1974
Adresse : 301-555 Rue Saint-Louis LAYAL (C) HTV 05
Tél : 514346.8508 Total des frais engagés : (CA) 69,43 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : TALBI Nadia Age : 48
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète 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 : LAYAL (C)

Le : 29/10/2019

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 du Pharmacien ou du Pharmacieur Date Montant de la Facture

Pharmacie de la Rose
334, Carrefour de la
Laval, Québec, H7L 0A4
Tél.: 450-625-2913 poste 10
Fax: 450-625-4599

29/10/2019 69,43\$

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

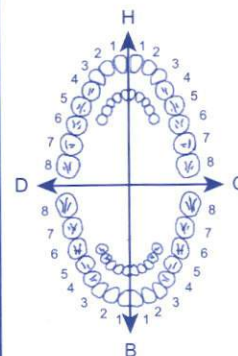
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Clinique de Medecine Familiale

1875 Rue Maurice-Gauvin Suite 102
Laval H7S2M5
Tel: 450-902-0943 Fax: 450-902-0919

TALBI NADIA

Confidentiel

Nom: TALN 7153 1410 Exp: 20.12

Dossier #

Nais: 1971-03-14 Sexe: F Père:

A 22236

Tél.: 514-546-8508 CELL 450-241-2575

2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 17, LAVAL H7L 4L1

Hopital #

Liste des allergies et intolérances

Aucune allergie connue

Rx-Ordonnance

mardi 19 février 2019

- ☐ **Remplacer Norvasc 5mg
**1/2 co die hs x 30j #15 Ren: 12
- ☒ DSQ Coversyl 2mg COMPRIME
1 co DIE AM x 30j #30 Ren: 12
- ☒ DSQ Janumet 500+50mg COMPRIME
1 co BID x 30j #60 Ren: 12
Code de médicament d'exception: EN150
- ☒ DSQ Coversyl plus 4+1 25mg COMPRIME
1 co DIE AM x 30j #30 Ren: 12

Dernière pesée 2018.04.03 / 86.0 Kg

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

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



0261-285

Ad: 2020/02/19 4

60 JANUMET (500mg-50mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR
JOUR MATIN ET SOIR EN
MANGEANT *EN150*

Talbi Nadia Serv: 2019/10/29
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/10/26



0261-286

Ad: 2020/02/19 4

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN *AVEC
COVERSYL 2 MG*

Talbi Nadia Serv: 2019/10/29
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/10/26



0261-284

Ad: 2020/02/19 4

30 SANDOZ-PERINDOPRIL (2mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR *AVEC COVERSYL PLUS

4/1.25*

Talbi Nadia Serv: 2019/10/29
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/10/26



0281-758

Ad: 2020/08/28 10

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR AU COUCHER

Talbi Nadia Serv: 2019/10/29
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/10/26



Yvonne Khamla pharmacienne Talbi Nadia
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: 2019/10/29 14H05

RAMQ: TALN 7153 1410



Yvonne Khamla pharmacienne Talbi Nadia
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: 2019/10/29 14H05

RAMQ: TALN 7153 1410



| Quantité no de RA DIN | Nom du médicament Prescripteur No de référence | Période cumul / res | Montant RA | Montant Assureur | Contribution de l'assuré | | |
|---|--|-------------------------|---------------|---------------------|--------------------------|---------|-------|
| | | | | | Franchise Coass. | A PAYER | |
| 30.0 0261-284 02-470-225 | SANDOZ-PERINDOPRIL 2mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -792344754 | Nov-19 14.51 / 78.57 | 14.51 | 0.00 | 14.51 | 0.00 | 14.51 |
| Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur | | Total | Hon Prof. | | Prix RGAM | | |
| par le pharmacien 4.89 | | 0.32 | 5.21 | 9.30 | 5.21 | | |
| 60.0 0261-285 02-333-856 | JANUMET 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -792352341 | Nov-19 54.90 / 38.18 | 96.84 | 56.45 | 7.24 | 33.15 | 40.39 |
| Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur | | Total | Hon Prof. | | Prix RGAM | | |
| par le pharmacien 82.20 | | 5.35 | 87.55 | 9.29 | 87.55 | | |

No: 0405052

ORIGINAL

Reçu 1 de 2

Passera 29/10/2019 à 00:13
Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page



| Quantité no de RA DIN | Nom du médicament Prescripteur No de référence | Période cumul / res | Montant RA | Montant Assureur | Contribution de l'assuré | | |
|---|--|-------------------------|---------------|---------------------|--------------------------|---------|------|
| | | | | | Franchise Coass. | A PAYER | |
| 30.0 0261-286 02-464-020 | PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -792346644 | Nov-19 64.39 / 28.69 | 25.64 | 16.15 | 0.00 | 9.49 | 9.49 |
| 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 0281-758 02-405-636 | ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -792342988 | Nov-19 69.43 / 23.65 | 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 | | |

No: 0405052

ORIGINAL

Reçu 2 de 2

Passera 29/10/2019 à 00:13
Merci de nous faire confiance

Total: 69.43\$

