

# 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.

## Médecine 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

Reclamation : 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 : MOUSSAID Mohamed Date de naissance : 14/03/1971

Adresse : 301-555 Rue Saint-Louis LYAL (AC) H7V 0C5

Tél. : 514-546-8508 Total des frais engagés : (CH) 6843.8 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 : LAÏD (LG)

Le : 29/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

AS

#### **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

**Pharmacie Khamla Ste-Rose**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
filiale à Laval 334, rue Sainte-Catherine Laval, Québec H7L 1A4 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 Cœfficients	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.

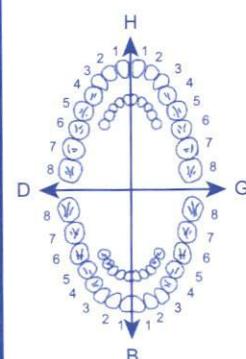
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

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**

Nam: TALN 7153 1410      Exp: 20.12

Nais: 1971-03-14 Sexe: F      Père:

Tél: 514-546-8508 CELL 450-241-2575

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

**Confidentiel**

Dossier #

**A 22236**

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 medicament 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

Nadja 04004

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

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



REP 4

**0261-285**

60 JANUMET (500mg-50mg) Comp

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



Taibi Nadia

Serv: 2019/10/29

104-004 Dr: N.CHABANE-C

Jeter: 2020/10/26



REP. 4

**0261-286**

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

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



Taibi Nadia

Serv: 2019/10/29

104-004 Dr: N.CHABANE-C

Jeter: 2020/10/26



REP 4

**0261-284**

Ad: 2020/02/19

30 SANDOZ-PERINDOPRIL (2mg) Comp.

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

4/1.25\*

Taibi Nadia

Serv: 2019/10/29

104-004 Dr: N.CHABANE-C

Jeter: 2020/10/26



REP 10

**0281-758**

Ad: 2020/08/28

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

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

Taibi 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 Rx DIN	Nom du médicament Préscripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assuré	Contribution de l'assuré			
					Franchise	Coass.	À 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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
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

RECU OFFICIEL

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Préscripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assuré	Contribution de l'assuré			
					Franchise	Coass.	À 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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
15.34		1.00	16.34	9.30	16.34			
30.0 0281-758 02-405-636	ROUVASTATIN 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 par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
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\$**  
RECU OFFICIEL