

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-519074

ND = 24307

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricole : 6773		RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUJOUR MOHAMED
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Moujoud Mohamed		26 / 12 / 1957	
Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis Laval (84)		Tél. : H7V 0C5 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 28,87 \$ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :	MOUJOUR MOHAMED Age: 62		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète		
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 : Laval Date : 09 MARS 2020

Signature de l'adhérent(e) :





**YVONNE KHAMLA** PHARMACIENNE  
334 CURÉ-LABELLE  
~ STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7  
**450-625-2913**



**0298-413**

Ad:2021/01/16 **6**

5 LANTUS SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

**18 UNITES SOUSCUTANEE AU  
COUCHER**



MOUJOUD MOHAMED

Servi: 2020/01/27

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter:

2020/02/24



**YVONNE KHAMLA** PHARMACIENNE  
334 CURÉ-LABELLE  
~ STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7  
**450-625-2913**



**0298-412**

Ad:2021/01/16 **6**

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

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



MOUJOUD MOHAMED

Servi: 2020/01/27

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter:

2021/01/24

## **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
				INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VILLE DE LAURENTIUS PHARMACIENNE FILIÉE À PHARMAPRIX 334, boul. Curé-Labelle Arr Ste-Rose Laval QC H7L 4T7	27/01/2020	28,87 \$

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

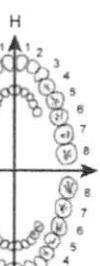
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important :**

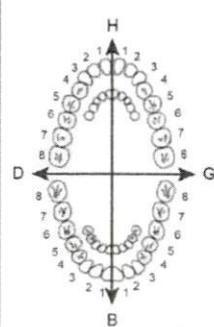
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création remont adionction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GAGNET DU PRATICIEL ATTÉNUANT L'EXÉCUTION

# DOSSIER PATIENT

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

## PATIENT: MOUJOUUD MOHAMED

**Adresse:** 301-559 ST-Louis      **Sexe:** M      **Langue:** Français  
**Ville:** Laval      **Naissance:** 1957/12/26      **Age:** 62 ans  
**Téléphone:** (514)546-8508      **Taille:** 0,00 m.      **Poids:** 0,00 Kg  
**Code Postal:** H7V 0C5      **R.A.M.Q:** MOUM 5712 2612 /12  
**Allergie(s):** Pas d'allergie déclarée

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2020/02/01 Orig: 2019/11/26	0292-020	5,0	SANDOZ-TRAVOP ROST 0.004% Gtte Opht.	RS	INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER DANS L'OEIL AFFECTE	L.CHARBONNEAU (1870021)	11/1    28 Ad: 2020/11/18
2020/02/01 Orig: 2019/11/26	0292-018	10,0	MED-DORZOLAMI DE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Opht.	RS	INSTILLEZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX AUX 12 HEURES	L.CHARBONNEAU (1870021)	11/1    28 Ad: 2020/11/18
2020/01/27	0298-416	5,0	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo	NS	20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0    30 Ad: 2021/01/16
2020/01/27	0298-414	30,0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0    30 Ad: 2021/01/16
2020/01/27	0298-413	5,0	LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo	NS	18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0    30 Ad: 2021/01/16
2020/01/27	0298-412	30,0	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0    30 Ad: 2021/01/16
2020/01/27	0298-411	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0    30 Ad: 2021/01/16
2020/01/17	0248-100	100,0	AIGUILLE ULTRA-FINE III 5mm Cal.31	NS	BD AIGUILLES 5MM 31G	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	12/0    30 Ad: 2020/10/24

YVONNE KHAMLA  
 PHARMACIENNE  
 AFFILIÉE À PHARMAPRIX  
 334, boul. Curé-Labelle  
 Arr Ste-Rose  
 Laval QC H7L 4T7  
 450-625-2913



Yvonne Khamla pharmacienne

334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-Louis  
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

MOUJOUD MOHAMED

301-559 ST-Louis

(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

#17V-OC5, 514 546-8508

Date: 2020/02/01 16H46

RAMQ: MÖUM 5712 2612



Quantité N° de RX DIN	Nom du médicament Étiquetage No de référence	Période cumulatif	Montant RX	Montant Assuré	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	A PAYER
5.0 0298-413 02-294-338	LANTUS SOLOSTAR 100U/ml Style N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -720312978	Jan-20 93.08 / 0.00	103.49	74.62	0.00	28.87	28.87
		Date de service: 2020/01/27					
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	93.85	Montant inconnu	93.85	9.64	93.85		
30.0 0298-412 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -720302265	Jan-20 93.08 / 0.00	53.41	53.41	0.00	0.00	0.00
		Date de service: 2020/01/27					
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	41	2.67	43.77	9.64	43.77		

No: 041 20  
ORIGINAL  
Reçu à la page 2Passera: 27/01/2020 à 00:16  
Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page

2887\$

RECEIPT OFFICIEL