

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

- o Réclamation : contact@mupras.com
- o Prise en charge : pec@mupras.com
- o 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° W19-519078

55930

Maladie Dentaire Optique Autres

Maladie : Cadre réservé à l'adhérent (e) : 6773 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : MOUJOUR MOHAMMED

Nom & Prénom : MOUJOUR MOHAMMED

Date de naissance : 26/12/1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis

LAYAL (04) 1171 025

Tél. : 514 546 85 08 Total des frais engagés : CAD

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUJOUR MOHAMMED 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 (04) 27/03/2020

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

YVONNE KHAMALA
PHARMACIENNE
AFFILIÉE À PHARMAPR
334, boul. Curé-Labellé
Arr. Ste-Rose
Laval QC H7L 4T7
450-625-2913

Montant de la Facture

56, 94 \$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT 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

01/20/2020 11:13AM 4509020919

RECEIVED 01/17/2020 12:41PM 4509020919
Fax Services
© 17-01-2020 18:41 ET

MEDECINE FAMILIALE

MEDECINE FAMILIALE
→ 4509020919

PAGE 01/02

pg 1 of 2

22237

ORDONNANCES À RENOUVELER PAR TÉLÉCOPIE

Nom du médecin NAÏERA CHABANE-CHAOUCHNo de téléphone: (450) 902-0943

Imprimé le: 2020/01/17

Adresse: 102-1875 RUE MAURICE-GAUVIN, LAVALNo de télécopieur: (450) 902-0919

Transmission confidentielle par télécopieur

Pharmacie

Yvonne Khamla pharmacienne, 334 Boul. Curé-Labellé, Sainte-Rose, Laval

No de télécopieur:

(450) 625-4599 No de téléphone: (450) 625-2913 Date et heure: 2020/01/17 18:44:00

MOUJOUUD MOHAMED
17-2400 boulevard de la R
Laval, QC
H7L 4L1, 514 546-8508Né: 1957/12/26
RAMQ: MOUM 5712 2612 /

Et: Ch: Lit:

Allergies/Intolérances: Pas d'allergie déclarée

Pathologies:

Nom du médicament Pathologie Indications Heures de prise	Qté original Présente	Nombre original de renouvellements	Renouvellements Validité de l'ordonnance Date du dernier service Dernière quantité émise	Arrêt	Qté	Nb ren
AGUILLE ULTRA-FINE III 8mm Cal.31 BD AIGUILLES 5MM 31G	100.0	12	Renouvellements restants: 2 Validé jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2020/01/17 Dernière quantité: 100.0	<input type="checkbox"/>	N.CHABANE-CHAOUCH	
PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	30.0	12	Renouvellements restants: 1 Validé jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 30.0	<input checked="" type="checkbox"/>	1 mai RX 6	
JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS	30.0	12	Renouvellements restants: 3 Validé jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>	N.CHABANE-CHAOUCH	
LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER	5.0	12	Renouvellements restants: 6 Validé jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>	N.CHABANE-CHAOUCH	
ROSUVASTATIN 10mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	30.0	12	Renouvellements restants: 5 Validé jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>	N.CHABANE-CHAOUCH	
APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	5.0	12	Renouvellements restants: 1 Validé jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>	N.CHABANE-CHAOUCH	

Certification du prescripteur

Je certifie que:
- cette ordonnance est une ordonnance ordinaire,
- le pharmacien identifié précisé est le seul destinataire,
- l'original ne sera pas réutilisé.

Bonjour, acceptez-vous de renouveler?

Commentaire(s):

Signature du médecin: Naïera 04/04

No. de licence:

Cette télécopie est confidentielle et est destinée à être reçue par le destinataire uniquement. Si le lecteur n'est pas le destinataire de celle-ci, vous êtes informé que toute diffusion, distribution ou copie de ce document est strictement interdite.

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

0298-416

Ad:20210116 4

5 APIDRA SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS
PAR JOUR LE MATIN

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

0298-413

Ad:20210116 4

5 LANTUS SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

18 UNITES SOUSCUTANEE AU
COUCHER

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

Ad:20210116 4

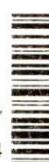
PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR AU COUCHER

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

MOUJOUUD MOHAMED Serv: 2020/03/27

104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/04/24

MOUJOUUD MOHAMED Serv: 2020/03/27
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/04/24



MOUJOUUD MOHAMED Serv: 2020/03/27
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/04/24





Yvonne Khamla pharmacienne MOUJOUD MOHAMED
334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-LOUIS
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC
H7V-0C5, 514 546-8508

Date: 2020/03/27 12H57
RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité N° de Rx DIN	Nom du médicament Préscripteur N° de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assuré	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 0298-411 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH	Mar 45.60 / 47.48	25.58	16.12	0.00	9.46	9.46
	Acceptée: RAMQ-678084277 008768						
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
15.31	1.00	1.00	16.34	9.24	16.34		
30.0 0298-412 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH	Mar 65.24 / 27.84	53.07	33.43	0.00	19.6	19.64
Acceptée: RAMQ-678084276 008769							
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
41.10	2.67	2.67	43.77	9.30	43.77		



No: 0428404
ORIGINAL
Reçu 1 de 2

Passera: 27/03/2020 à 00:12
Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page



Yvonne Khamla pharmacienne MOUJOUD MOHAMED
334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-LOUIS
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC
H7V-0C5, 514 546-8508

Date: 2020/03/27 12H57
RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité N° de Rx DIN	Nom du médicament Préscripteur N° de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assuré	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
5.0 0298-413 02-294-338	LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Style N.CHABANE-CHAOUCH	Mar 93.08 / 0.00	103.09	75.25	0.00	27.84	27.84
Acceptée: RAMQ-678084275 008770							
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
93.85	93.85	Montant inconnu	93.85	9.24	93.85		
30.0 0298-414 02-405-636	ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH	Mar 93.08 / 0.00	13.57	13.57	0.00	0.00	0.00
Acceptée: RAMQ-678094624 008771							
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
4.07	0.26	0.26	4.33	9.24	4.33		
5.0 0298-416 02-294-340	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Style N.CHABANE-CHAOUCH	Mar 93.08 / 0.00	61.43	61.43	0.00	0.00	0.00
Acceptée: RAMQ-678094622 008772							
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
49.00	3.19	3.19	52.19	9.24	52.19		

Passera: 27/03/2020 à 00:12
Merci de nous faire confiance

Total: 56.94\$



No: 0428404
ORIGINAL
Reçu 2 de 2