

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-571232

55233

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUTOUD MOHAMED
 Date de naissance : 26-12-1957
 Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis
 LAYAL (OL) HTV OCS
 Tél : 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 55,801

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TALBI NADIA Age : 49

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 Le : 15/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacia | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIENNE AFFILIÉE À PHARMAPRIX 334, boul. Curé-Labelle Arr Ste-Rose Laval QC H7L 4T7 450-628-2813 | 24/08/20 | 55.80 \$ |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | G | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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

COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



Prix coûtant du médicament
payé par le pharmacien



Montant payé au distributeur
par le pharmacien

Montant réglementé versé au grossiste



Honoraires professionnels

composés de:



Consultation
pharmaceutique

*(Validation de l'ordonnance, analyse
du dossier et service-conseil)*



Préparation
et vérification
du médicament



Responsabilité
professionnelle
et surveillance
de la thérapie



Dépenses
courantes

*(Salaires, loyer, électricité, équipement
informatique, frais financiers, etc.)*

Pour plus d'informations sur le travail du pharmacien:

MONPHARMACIEN.CA ☐

English version available upon request

COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

Prix RGAM: prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

Montant non assuré: montant non couvert ou refusé par l'assureur



Prix coûtant du médicament
payé par le pharmacien



Montant payé au distributeur
par le pharmacien

Montant réglementé versé au grossiste



Honoraires professionnels

composés de:



Consultation
pharmaceutique

*(Validation de l'ordonnance, analyse
du dossier et service-conseil)*



Préparation
et vérification
du médicament



Responsabilité
professionnelle
et surveillance
de la thérapie



Dépenses
courantes

*(Salaires, loyer, électricité, équipement
informatique, frais financiers, etc.)*

Pour plus d'informations sur le travail du pharmacien:

MONPHARMACIEN.CA ☐

English version available upon request



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: 2020/08/24 11H18

RAMQ: TALN 7153 1410



| Quantité No de RA NIN | Nom du médicament Prescripteur No de référence | Période cumul / res | Montant RA | Montant ASSURÉ | Contribution de l'assuré | | |
|---|--|------------------------|---------------|-------------------|--------------------------|---------|-------|
| | | | | | Franchise Coass. | A PAYER | |
| 30.0 0310-093 02-481-634 | PERINDOPRIL ERBUMINE 2mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -572601219 004955 | Aoû-20 24.11/71.20 | 14.51 | 4.03 | 8.12 | 2.36 | 10.48 |
| Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur | | | Total | Hon Prof. | Prix RGAM | | |
| par le pharmacien 4.89 0.00 | | | 5.21 | 9.30 | 5.21 | | |
| 30.0 0310-094 02-464-020 | PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -572602035 004956 | Aoû-20 33.60/61.71 | 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 | | |

No: 0450770

ORIGINAL

Reçu 1 de 2

Passera: 24/08/2020 à 00:11
Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page



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: 2020/08/24 11H18

RAMQ: TALN 7153 1410



| Quantité No de RA NIN | Nom du médicament Prescripteur No de référence | Période cumul / res | Montant RA | Montant ASSURÉ | Contribution de l'assuré | | |
|---|--|------------------------|---------------|-------------------|--------------------------|---------|-------|
| | | | | | Franchise Coass. | A PAYER | |
| 60.0 0310-095 02-333-856 | JANUMET 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -572602032 004957 | Aoû-20 69.43/25.88 | 96.84 | 61.01 | 0.00 | 35.83 | 35.83 |
| 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: 0450770

ORIGINAL

Reçu 2 de 2

Passera: 24/08/2020 à 00:11
Merci de nous faire confiance

Total: 55.80\$



TALBI NADIA

Nom: TALBI NADIA
Nais: 1971-03-14 Sexe: F
Tél: 514-546-8508 CELL 450-241-2575
2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 17 LAVAL, H7L 4L1

Confidentiel

Dossier #
A 22236

Liste des allergies et intolérances
Aucune allergie connue

mardi 4 février 2020

Rx-Ordonnance

- DSQ Coversyl 2mg COMPRIME
1.00 Dose 400 1.00 Rem 12
- DSQ Coversyl plus 1.25mg/4mg COMPRIME
1.00 Dose 400 1.00 Rem 12
- DSQ Janumet 500+50mg COMPRIME
1.00 Dose 400 1.00 Rem 12
Curt. de la dose 1.00 Dose 400 EN150
- DSQ Crestor 20mg COMPRIME
1.00 Dose 400 1.00 Rem 12

Dernière prise 2020-02-04 736.818 Kg

COPIE
YVONNE KHAMLA
PHARMACIENNE
AFFILIÉE À PHARMAPRIX
334, boul. Curé-Labelle
Arr. Ste-Rose
Laval QC H7L 4T7
450-825-2913

Chabane 04004

Nacera Dr. Chabane Chaouch, md # 104004

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

0310-093

Ad: 2022/02/03 9

30 PERINDOPRIL ERBUMINE (2mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR *AVEC COVERSIL PLUS
4/1.25***

Talbi Nadia Servi: 2020/08/24
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/08/22



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

0310-094

Ad: 2022/02/03 9

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

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

Talbi Nadia Servi: 2020/08/24
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/08/22



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

0310-095

Ad: 2022/02/02 9

60 JANUMET (500mg-50mg) Comp.

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

Talbi Nadia Servi: 2020/08/24
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/08/22

