

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSÉMENTS 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

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

N° W19-583153

55335

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

6773

Société :

RAM

Matricule :

6773

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUJOUR MOHAMED

Date de naissance :

26.12.1957

Adresse :

301-559 Rue Saint-Louis
L'AVAL (0c)

Tél. :

514 514 68508

Total des frais engagés :

175 31 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ACCUEIL

Date de consultation :

Moujoud Mohamed

Age: 62

Nom et prénom du malade :

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.

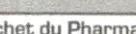
Fait à :

Le : 19.12.2020

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	Date	Montant de la Facture
 YVONNE B. PHARMACIEN AFFILIÉ À PHARMACIE 334, boul. Côte-des-Neiges Arr. Ste-Foy Laval QC H7S 1B6	2020/11/22	95,31\$

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
MAISLÉ-Labelle			
7L47			
rose			
10			

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.																			
	Dents Traitées <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="text"/>															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DÉBUT D'EXÉCUTION															
				FIN D'EXÉCUTION															
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
				H	G														
				25533412	21433552														
				00000000	00000000														
				00000000	00000000														
35533411	11433553																		
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXÉCUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION														



0320-755

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

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

MOUJOUUD MOHAMED Servi: 2020/11/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/11/20

Ad:2022/08/20

10

0320-754

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN**

MOUJOUUD MOHAMED Servi: 2020/11/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/11/20



0320-753

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR AU COUCHER**

MOUJOUUD MOHAMED Servi: 2020/11/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/11/20

Ad:2022/08/20

10

0320-752

5 LANTUS SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

**18 UNITES SOUSCUTANEE AU
COUCHER**

MOUJOUUD MOHAMED Servi: 2020/11/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/12/20



0320-751

5 APIDRA SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

**20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS
PAR JOUR LE MATIN**

MOUJOUUD MOHAMED Servi: 2020/11/22
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/12/20

Ad:2022/08/20

10

ORDONNANCES À RENOUVELER PAR TÉLÉCOPIE

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

Imprimé le: 2020/08/18

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

70234

Transmission confidentielle par télécopieur

Pharmacie: Yvonne Khamla pharmacienne, 334 Boul. Curé-Labellé, Sainte-Rose, LavalNo de télécopieur: (450) 625-4589 No de téléphone: (450) 625-2913 Date et heure: 2020/08/18 19H31MOUJOUAD MOHAMED
301-558 ST-LAURENT
Laval, QC
H7V-0C5, S14 546-8506Né: 1957/12/26
RAMQ: MOUM 5712 2612 /

Et: Ch: Lit:

Allergies/Intolérances: Pas d'allergie déclarée

Pathologies:

Nom du médicament Pseudois Indication Heures de prise	Qté original prescrite	Nombre original de renouvellements	Renouvellements Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date du dernier service: Dernière quantité émise	Arrêt	Qté	Nb reh Prescripteur
AMIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	5.0	6	Renouvellements restants: 1 Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/07/23 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>	X1M1S	12 N.CHABANE-CHAOUCH
LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER	5.0	6	Renouvellements restants: 1 Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/07/23 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>		N.CHABANE-CHAOUCH
ROUVASTATIN 10mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	30.0	6	Renouvellements restants: 1 Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/05/25 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>		N.CHABANE-CHAOUCH
PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	30.0	6	Renouvellements restants: 1 Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/05/25 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>		N.CHABANE-CHAOUCH
JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS	30.0	6	Renouvellements restants: 2 Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/05/26 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>		N.CHABANE-CHAOUCH
				<input type="checkbox"/>		

Certification du prescripteur

Je certifie que:

- cette ordonnance est une ordonnance originale,
- le pharmacien identifié précéde est le seul destinataire,
- l'original ne sera pas réutilisé.

Bonjour, acceptez-vous de renouveler?

Commentaire(s):

Signature du médecin: Chabane 04004

Initiale du pharmacien: _____

No. de licence: 20 ANIT 2020

Date: _____

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 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-Louis

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

H7V-0C5, 514 546-8503

MOUJOUUD MOHAMED

Date: 2020/11/22 12H11

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité N° de RA DIN	Nom du médicament Préscription N° de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant Assuré	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
5.0 0320-751	APIDRA SOLOSTAR 100U/ml Style N.CHABANE-CHAOUCH	Nov-20 36.43 / 58.88	61.43	25.00	21.75	14.68	36.43
02-294-346	Acceptée : RAMQ -506079656 005409						
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	49.00	3.19	52.19	9.24	52.19		
5.0 0320-752	LANTUS SOLOSTAR 100U/ml Style N.CHABANE-CHAOUCH	Nov-20 74.57 / 20.74	103.09	64.95	0.00	38.14	38.14
02-294-338	Acceptée : RAMQ -506079655 005410						
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	93.85	Montant inconnu	93.85	9.24	93.85		
30.0 0320-753	ROUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH	Nov-20 79.61 / 15.70	13.63	8.59	0.00	5.04	5.04
02-405-630	Acceptée : RAMQ -506079654 005411						
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		

N°: 0462295

ORIGINAL

Reçu 1 de 2

Passera: 22/11/2020 à 00:12

Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page





Yvonne Khamlia 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

Laval, QC

H7V-0C5, 514 546-8508

Date: 2020/11/22 12H11

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité DU RX DIN	Nom du médicament Préscription No de référence	Période cumul / rés	Montant RX	Montant Assuré	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 0320-754 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -506077013 005412	Nov-20 89.10 / 6.21	25.64	16.15	0.00	9.49	9.49
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 15.34	Au distributeur 1.00	Total 16.34	Hon Prof. 9.30	Prix RGAM 16.34		
30.0 0320-755 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -506079653 005413	Nov-20 96.31 / 0.00	53.07	46.86	0.00	6.21	6.21
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 41.10	Au distributeur 2.67	Total 43.77	Hon Prof. 9.30	Prix RGAM 43.77		



Garder au réfrigérateur.
NE PAS CONGÉLER.

©1976

No: 0462295

ORIGINAL

Reçu 2 de 2



Passera: 22/11/2020 à 00:12

Merci de nous faire confiance

Total: 95.31\$

