

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ctions générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

acie :

es vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ur les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ogie et Biologie :

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 mutuelle.

ie :

ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

cation :

entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

ur le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

re :

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

lie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

éclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

clamation : contact@mupras.com
ise 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.

AS : 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° W19-544225

55350

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6773 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUJOUED MOHAMED

Date de naissance :

301-559 Rue Saint-Louis

Adresse :

LAVAL (QY) 117X 05

Tél. :

5145468508

Total des frais engagés : 00 69, 44 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

TALBI Nadia 2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète / Hypertension ACCUEILL.

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 (QY)

Le : 06/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
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		
Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIENNE AFFILIÉE A LA PHARMAPRIX 33 Rue du Béguin, Côte-Labille Téléphone : 450-625-2913	26/5/2020	\$ 69,44

ANALYSES - RADIGRAPHIES		
Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX			
Chet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	

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.			
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"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	<input type="text"/>
	[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			



Yvonne Khamlia 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: 2020/05/26 17H13

RAMQ: TALN 7153 1410



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 0281-758 02-405-636	ROSVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -636633405 005238	Mai-20 13.63 / 79.45	13.63	0.00	13.63	0.00	13.63
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 4.07	Au distributeur 0.26	Total 4.33	Hon Prof. 9.30	Prix RGAM 4.33		
60.0 0310-095 02-333-856	JANUMET 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -636632239 005239	Mai-20 54.58 / 38.50	96.84	55.89	8.12	32.83	40.95
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 82.20	Au distributeur 5.35	Total 87.55	Hon Prof. 9.29	Prix RGAM 87.55		

No: 0440136
ORIGINAL
Reçu 1 de 2

Passera: 26/05/2020 à 00:10
Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL



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: 2020/05/26 17H13

RAMQ: TALN 7153 1410



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 0310-094 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -636633388 005240	Mai-20 64.07 / 29.01	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 0310-093 02-481-634	PERINDOPRIL ERBUMINE 2mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -636633380 005241	Mai-20 69.44 / 23.64	14.51	9.14	0.00	5.37	5.37
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 4.89	Au distributeur 0.32	Total 5.21	Hon Prof. 9.30	Prix RGAM 5.21		

No: 0440136
 ORIGINAL
 Reçu 2 de 2



Passera: 26/05/2020 à 00:10
 Merci de nous faire confiance

Total: 69.44\$

REÇU OFFICIEL

Clinique de Médecine Familière
1875 Rue Maurice-Gauvin Suite 302
Laval H7S 2M5
Tél: 450-962-0943 Fax: 450-962-6510

TALBI NADIA
Nom: **TALN 7153 1410** Exp: 20.12
Nais: 1971-03-14 Sexe: F Poids:
Tél: **514-546-8508** CELL: **450-241-2575**
2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 17, L'AVAIL, H7L 4L1
Liste des allergies et intolérances
Aucune allergie connue

Confidentiel
Dossier #
A 22236

Hopital #

mardi 4 février 2020

Rx-Ordonnance

- **DSQ** Covernyl 2mg COMPRIME
1 co BID x 30/ 430 Réf:12
- **DSQ** Covernyl PLUS +1.25mg COMPRIME
1 co BID AM x 30/ 430 Réf:12
- **DSQ** Janumet 500+60mg COMPRIME
1 co BID x 30/ #60 Réf:12
Code de remboursement d'exception: EN150
- **DSQ** Crestor 10mg COMPRIME
1 co au coucher x 30/ 430 Réf:12

Dernière pesée 2020-02-04 / 36.819 Kg

✓ Chabane 04004

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, Laval, QC H7L 4T7

450-625-2913



Nacera Dr Chabane Chaouch, md # 104004

0310-094 Ad:2022/02/03 11
30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

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



Talbi Nadia Servi: 2020/06/25
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/06/23

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

450-625-2913



0310-093 Ad:2022/02/03 11

30 PERINDOPRIL ERBUMINE (2mg) Comp.

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



Talbi Nadia Servi: 2020/06/25
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/06/23

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, Laval, QC H7L 4T7

450-625-2913



0247-813

REP
02/21 0

Tanumet

Talbi Nadia

26/06/25

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, Laval, QC H7L 4T7

450-625-2913



REP

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR ET SOIR EN
MANGAINE EN150***

Talbi Nadia Servi: 2020/06/25
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/06/23

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, Laval, QC H7L 4T7

450-625-2913



0281-758 Ad:2020/08/28 2

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

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

Talbi Nadia Servi: 2020/06/25
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/06/23