

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° W19-571230

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM 55519

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOUJOU MOHAMED

Date de naissance : 26-12-1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis LAYAL (QC)

Tél : 514 546 8508

Total des frais engagés : CAD 38,71 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MOUJOU MOHAMED

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 (QC)

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 Pharmacieur ou du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIENNE AFFILIÉE À PHARMAPRIX 334, boul. Curé-Labelle Arr Ste-Rose Laval QC H7L 4T7 450.695.2013	07/09/20 14/09/20 15/09/20	15,74 \$ 13,48 \$ 9,49 \$ 38,71 \$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

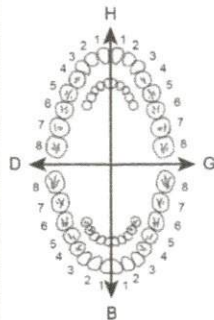
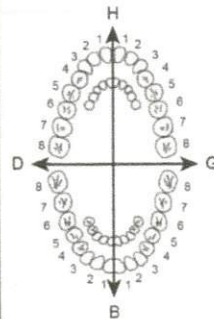
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

DOSSIER PATIENT

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

PATIENT: MOUJOU MOHAMED

Adresse: 301-559 ST-LOUIS
Ville: Laval
Téléphone: (514)546-8508
Code Postal: H7V 0C5
Allergie(s): Pas d'allergie déclarée

Sexe: M
Naissance: 1957/12/26
Taille: 0,00 m.
R.A.M.Q: MOUM 5712 2612 /12
Langue: Français
Age: 62 ans
Poids: 0,00 Kg

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2020/09/23	0320-755	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)	12/0 30 Ad: 2022/08/20
2020/09/23 Orig: 2020/09/15	0320-754	8,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	44/1 8 Ad: 2022/08/20
2020/09/23	0320-753	30,0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	12/0 30 Ad: 2022/08/20
2020/09/23	0320-752	5,0	LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo	NS	18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	12/0 30 Ad: 2022/08/20
2020/09/23	0320-751	5,0	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo	NS	20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	12/0 30 Ad: 2022/08/20
2020/09/07 Orig: 2020/06/23	0314-644	30,0	JAMP-PANTOPRAZ OLE 40mg Comp. Entér.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	P.POULIN (1071992)	3/1 30 Ad: 2022/06/14
2020/08/18 Orig: 2019/11/26	0292-020	5,0	SANDOZ-TRAVOP ROST 0.004% Gtte Opht.	RS	INSTILLENZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER DANS L'OEIL AFFECTE	L.CHARBONNEAU (1870021)	8/4 28 Ad: 2020/11/18
2020/08/18 Orig: 2019/11/26	0292-018	10,0	MED-DORZOLAMI DE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Opht.	RS	INSTILLENZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX AUX 12 HEURES	L.CHARBONNEAU (1870021)	8/4 28 Ad: 2020/11/18
2020/06/06	0312-460	8,0	JUBLIA 10% Sol. Topique	NS	APPLIQUEZ SUR LE OU LES ONGLES AFFECTES 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER 2 GOUTTES SUR LE GROS ORTEIL	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	12/0 30 Ad: 2022/06/01
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
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7
450-625-2913
0314-644
Ad: 2022/06/14
REP. 3
30 JAMP-PANTOPRAZOLE (40mg) Comp. Ent
**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN**
MOUJOU MOHAMED
107-199 Dr. P. POULIN
Servi: 2020/09/07
Jeter: 2021/09/05

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7
450-625-2913
0320-754
Ad: 2022/08/20
REP. 12
30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)
**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN**
MOUJOU MOHAMED
104-004 Dr. N. CHABANE-C
Servi: 2020/09/15
Jeter: 2021/09/13

Nacera Dre Chabane Chaouch # 104004

Clinique de Medecine Familiale

1875 Rue Maurice-Gauvin Site 102
Laval H7S2M5
Tél: 450-902-0943 Fax: 450-902-0919

MOUJOURD MOHAMED

Nam: **MOUM 5712 2612** Exp: **20.12**

Nais: **1957-12-26** Sexe **M** Père:

Tél: **450-241-2575 514-546-8508 CELL**

2400 BOUL DE LA RENAISSANCE APT 17, LAVAL, H7L 4L1

Hopital #

Liste des allergies et intolérances

Aucune allergie connue

Rx-Ordonnance

lundi 14 septembre 2020



Nystatin 100,000u/ml SUSPENSION
5 mL QID x 14j Ren:rr

Dernière pesée 2020.02.11 / 89.0 Kg

Confidentiel

Dossier #

A 22237

faxe
450
625 4599

Nacera Dre Chabane Chaouch

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

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



0323-439

Ad: 2022/09/14 0

300 RATIO-NYSTATIN (100000UI/ml) Susp.Or

SE GARGARISER AVEC 5 ML 4
FOIS PAR JOUR POUR 14 JOURS

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2020/09/14

104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/09/12



0323-439

Ad: 2022/09/14 0

300 RATIO-NYSTATIN (100000UI/ml) Susp.Or

SE GARGARISER AVEC 5 ML 4
FOIS PAR JOUR POUR 14 JOURS

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2020/09/14

104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/09/12



0323-439

Ad: 2022/09/14 0

300 RATIO-NYSTATIN (100000UI/ml) Susp.Or

SE GARGARISER AVEC 5 ML 4
FOIS PAR JOUR POUR 14 JOURS

MOUJOURD MOHAMED Servi: 2020/09/14

104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/09/12



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/09/15 09H55

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

RAMQ: MOUM 5712 2612



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 0320-754 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -556666601 007477	Sep-20 38.71 / 56.60	25.64	16.15	0.00	9.49	9.49
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	15.34	1.00	16.34	9.30	16.34		

No: 0451935

ORIGINAL

Reçu 1 de 1



Passera: 15/09/2020 à 00:09

Merci de nous faire confiance

Total: 9.49\$

REÇU OFFICIEL



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOUR MOHAMED

Date: 2020/09/07 11H13

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

RAMO: MOUM 5712 2612



Quantité NU 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 0314-644 02-357-054	JAMP-PANTOPRAZOLE 40mg Comp. Entér. P. POULIN Acceptée : RAMO -562384343 006591	Sep-20 15.74/79.57	15.74	0.00	15.74	0.00	15.74
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	5.66	0.39	6.05	9.69	6.44		

No: 0450768

ORIGINAL

Reçu 1 de 1



Passera: 07/09/2020 à 00:11

Merci de nous faire confiance

Total: 15.74\$**REÇU OFFICIEL**



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/09/14 18H02

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

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

H7C-0C5, 514 546-8508

RAMQ: MOUM 5712 2612



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
300.0 0323-439 02-194-201	RATIO-NYSTATIN 100000UI/ml Susp.Orale N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -557080655 007377	Sep-20 29.22 / 66.09	26.19	12.71	6.01	7.47	13.48
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	15.54	1.02	16.56	9.63	16.56		

NG

Total: 13.48\$**REÇU OFFICIEL**No: 0451891
ORIGINAL
Reçu 1 de 1Passera: 14/09/2020 à 00:18
Merci de nous faire confiance