

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

- 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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6773	Société :	RAM 55519
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUJOUR MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés :			

26 - 12 - 1957
301-559 Rue Saint-Louis
LAVAL (QC)
514 546 8508 CAD 38,71 \$

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			

MOUJOUR MOHAMED ACCI FER
LAVAL (QC) Lui-même Conjoint Enfant
Diabète Insulino-dépendant

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 (QC) Le : 15/03/2020

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		
Cachey du Riel Inc. PHARMACIENNE	Date	Montant de la Facture
AFFILIÉE A PHARMAPRIX	07/09/20	15,74 \$
334, boul Curé-Labette	14/09/20	13,48 \$
Arr Ste-Foy	15/09/20	9,49 \$
Laval QC H7L 4T7		—
450-658-2013		38,71 \$

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

DOSSIER PATIENT

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

PATIENT: MOUJOUUD MOHAMED

Adresse: 301-559 ST-LOUIS **Sexe:** M **Langue:** Français
Ville: Laval **Naissance:** 1957/12/26 **Age:** 62 ans
Téléphone: (514)546-8508 **Taille:** 0,00 m. **Poids:** 0,00 Kg
Code Postal: H7V 0C5 **R.A.M.Q:** MOUM 5712 2612 /12
Allergie(s): Pas d'allergie déclarée

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	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
Orig: 2020/09/15							
2020/09/23	0320-753	30,0	ROUVASTATIN 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	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
Orig: 2020/06/23							
2020/08/18	0292-020	5,0	SANDOZ-TRAVOP ROST 0.004% Gtte Opht.	RS	INSTILLEZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER DANS L'OEIL AFFECTE	L.CHARBONNEAU (1870021)	8/4 28 Ad: 2020/11/18
Orig: 2019/11/26							
2020/08/18	0292-018	10,0	MED-DORZOLAMI DE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Opht.	RS	INSTILLEZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX AUX 12 HEURES	L.CHARBONNEAU (1870021)	8/4 28 Ad: 2020/11/18
Orig: 2019/11/26							
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



Nacera Dre Chabane Chaouch # 104004

Clinique de Medecine Familiale

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

MOUJOUUD MOHAMED

Nam: MOUM 5712 2612 Exp: 20.12

Naïs: 1957-12-26 Sexe: M Père:

Tél: 450-241-2575 514-546-8508 CELL

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

Confidential

Dossier #

A 22237

Hôpital #

Liste des allergies et intolérances

Aucune allergie connue

Rx Prescription

lundi 14 septembre 2020

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

Dernière pesée 2020.02.11 / 89.0 Kg

nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004

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



0323-439

Ad:202209/14 0

300 RATIO-NYSTATIN (100000UI/ml) Susp.Or
SE GARGARISER AVEC 5 ML 4
FOIS PAR JOUR POUR 14 JOURS



MOUJOUUD MOHAMED Serv: 2020/09/14
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/09/12



0323-439

Ad:202209/14 0

300 RATIO-NYSTATIN (100000UI/ml) Susp.Or
SE GARGARISER AVEC 5 ML 4
FOIS PAR JOUR POUR 14 JOURS



MOUJOUUD MOHAMED Serv: 2020/09/14
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/09/12



0323-439

Ad:202209/14 0

300 RATIO-NYSTATIN (100000UI/ml) Susp.Or
SE GARGARISER AVEC 5 ML 4
FOIS PAR JOUR POUR 14 JOURS



MOUJOUUD MOHAMED Serv: 2020/09/14
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/09/12



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, 514 546-8508

MOUJOUD MOHAMED

Date: 2020/09/15 09H55

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

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

MOUJOUUD MOHAMED

Date: 2020/09/07 11H13

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité No de RX DIN	Nom du médicament Préscripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RX	Montant Assuré	Contribution de l'assuré		
					Franchise	Coass.	À PAYER
30.0 0314-644 02-357-054	JAMP-PANTOPRAZOLE 40mg Comp. Entér. P.POULIN Acceptée : RAMQ -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 à la

Passera: 07/09/2020 à 00:11

Merci de nous faire confiance

Total: 15.74\$

REÇU OFFICIEL



Yvonne Khamla pharmacienne

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

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

H7W-0C5, 514 546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-

0C5

514

546-8508

H7W-