

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° W21-805051

✓ 64217

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hachem Ogar ✓

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Aïlali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 632688

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HACHEM OMMAR
Matricule : 0629 Fonction : Rehain Poste :
Adresse : 5 BIS RUE IBRAHIM ABAT CASABLANCA
Tél. : 066721262 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HACHEM OMMAR Age 07 03 43
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : TRAITEMENT Suite A.V.C
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A CASA le 06/06/23 Signature et cachet du médecin :
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 0629 632688
Matricule N° : HACHEM
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :

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

Acts gratuits

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/3/23	CHD 100,17

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	G													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Cette ordonnance est une ordonnance originale
- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

PHARMACIE MAHER BITAR, VALERIE SAVOIE-ROSAY ET JEAN COUTU INC.

1675 Rue Ste-Catherine O Montréal (Québec) H3H 1L9

L'original ne sera pas utilisé

Truong



**Clinique Médicale
Diamant**

2361 Côte des Neiges, bur. 421 Montréal, Québec, H3H 2T2

Clinique Médicale Diamant

Date: 10 septembre 2022

NAM: HACO 4303 0710 Exp.: 2023-03

Nom: Omar Hachem

DDN: 7 mars 1943

Tel: (514) 773-2972

Allergies: Aucune

Poids: 78 kg

Act Pantoprazole 40mg enteric tab. - Qté.: 30 co - Ren.: 12

1 tab once daily AM PP205

Act Amlodipine 10mg tablet - Qté.: 30 co - Ren.: 12

1 tab once daily PM

Aspirin 81 Enterique 81mg comp. ent. - Qté.: 60 co - Ren.: 12

2 co Daily

Ach Atorvastatin 40mg comprimé - Qté.: 30 co - Ren.: 12

1 co DIE x 30 Jour(s)

Luxa D 2000IU capsule - Qté.: 30 caps - Ren.: 12

1 cap once daily

Truong

Dr TRUONG, HONG BAO SON
Médecin
1004860

5885 ch de la Côtes-des-Neiges, bur. 401, Montréal (Quebec) H3S 2T2

Téléphone: (514) 731-5994 | Télécopieur: (514) 731-9130

Ce document est confidentiel et ne peut être consulté que par l'utilisateur qui y est mentionné.

Imprimé le 2022-09-10 11:06:12 par Hong Bao Son Truong

Page 1 / 1



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

HACHEM OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

Comptoir



Total 4 Rx 100.17 \$

Imprimé le : 9 mars 2023 11:16 4 70013 99037 5

33



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

HACHEM, OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



(A)101 (B)
(C)47.00 (D)0.00
4 67364 76244 7

90 SANDOZ AMLODIPINE 10 MG, CO
Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 150 Éch: 10 sept. 2024

Rx **1992328-0068**
9 mars 2023
DIN 02284391

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
47.00	RAMQ	47.00	0.00	Franchise	Co-Ass	0.00 \$
				47.00	0.00	

Total à payer 47.00 \$

RAMQ Réf: 4446775716-810065
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
17.93	1.17	19.10	27.90	19.10	47.00



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

HACHEM, OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



(A)101 (B)
(C)14.46 (D)0.00
4 67364 76251 5

3 x 30 JAMP ASA EC 80 MG, CO
Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 480 Éch: 10 sept. 2024

Rx **1992328-0068**
9 mars 2023
DIN 02283905

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
19.03	RAMQ	19.03	0.00	Franchise	Co-Ass	4.57 \$
				12.00	2.46	

Total à payer 14.46 \$

RAMQ Réf: 4446784205-810069
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (045 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
4.77	0.31	5.08	13.95	5.08	14.46



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

HACHEM, OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



(A)101 (B)
(C)16.53 (D)0.00
4 67364 76253 9

90 PANTOPRAZOLE (RIVA) 40 MG, CO.LIB.RETAR
Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 210 Éch: 10 sept. 2024

Rx **1992329-0068**
9 mars 2023
DIN 02431327

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
47.22	RAMQ	47.22	0.00	Franchise	Co-Ass	30.69 \$
				0.00	16.53	

Total à payer 16.53 \$

RAMQ Réf: 4446784321-810070
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
18.14	1.18	19.32	27.90	19.32	16.53



PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.
1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

HACHEM, OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972



(A)101 (B)
(C)22.18 (D)0.00
4 67364 76249 2

90 APO ATORVASTATIN 40 MG, CO
Dr TRUONG, H. (100486)
Qté: 150 Éch: 10 sept. 2024

Rx **1992330-0068**
9 mars 2023
DIN 02295296

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
48.98	RAMQ	48.98	0.00	Franchise	Co-Ass	26.80 \$
				7.75	14.43	

Total à payer 22.18 \$

RAMQ Réf: 4446778838-810068
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
21.08	0.00	21.08	27.90	21.08	22.18

Votre pharmacien affilié à Jean Coutu peut faire davantage pour vous faciliter la vie

Your Jean Coutu affiliated pharmacist can do more to simplify your life



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances avec notre **système téléphonique automatisé** 24 heures sur 24

Your pharmacist offers you prescription renewals at your convenience with our 24-hour **automated phone system**



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances par Internet ou via votre **Dossier santé en ligne au jeancoutu.com**

Your pharmacist offers you on-line prescription renewals by Internet or using your **Health Record at jeancoutu.com**



Renouvelez vos médicaments n'importe où grâce à notre **application mobile**

Refill your prescriptions anywhere thanks to our **mobile app**



Prenez une entente avec votre pharmacien et profitez du **service de renouvellement préautorisé**

Sign up with your pharmacist to benefit from the **preauthorized refill service**



Soyez avisé instantanément par texto ou par courriel dès que vos médicaments sont prêts. Abonnez-vous à notre **service de notification C'est prêt!**

You will automatically be notified by text or e-mail as soon as your medication is ready for pick-up. Sign-up to our **It's ready! Notification Service**

Contacts en cas d'urgence Emergency contacts

Nom/Name :
Lien/Relationship:
Tél./Tel.:
Nom/Name :
Lien/Relationship:
Tél./Tel.:

Médicaments non prescrits Over the counter medications

MD/DR :

Tél./Tel.:

Hôp./Hosp.:

Maladies/Innesses:
