

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.

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-445643

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHEM DNAR

Date de naissance : 07/03/1943

Adresse : S.Bis rue 18500 BORDJ ALGER

Tél. : 05 22 36 11 77 Total des frais engagés : CAS 49, VI Dhs

0667 21 12 67

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/08 2019

Nom et prénom du malade : SADIQ HAÏNA Age : 67 ans

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

Nature de la maladie : ARTHRITE RHUMATOÏDE

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 : CAS Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PJC 1675, Ste-Catherine Ouest Montréal (Québec) H3H 1L9 tél. 514 933-4221	#068 <u> </u>	PJC JEAN COUTU #068 1675, Ste-Catherine Ouest Montréal (Québec) H3H 1L9 tél. 514 933-4221 <u> </u>

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	

VOLET ADHERENT

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

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 <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



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



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

SADIQ, HALIMA (HACHEM)
4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A) 101 (B)
(C) 36.92 (D) 0.00
4 61550 25530 0



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

SADIQ, HALIMA (HACHEM)



SADIQ
HALIMA (HACHEM)
4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-941-3457

Comptoir



Total 6 Rx 123.23 \$

Imprimé le 7 sept. 2019 16:00

4 70610 12679 1

90

90 APO HYDROXYQUINE 200 MG, CO Dr BARON, M. (180643) Qté: 120 Éch: 20 août 2021	Rx 1660750-0068 7 sept. 2019 DIN 02246691	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
						Franchise	Co-Ass	
		41.21	RAMQ	41.21	0.00	34.39	2.53	4.29 \$

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

RAMQ Réf: 3463940663-838999
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Total à payer 36.92 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
14.19	0.92	15.11	26.10	15.11	36.92

60 RIVA CELECOX 200 MG, CAPS Dr BARON, M. (180643) Qté: 150 Éch: 20 août 2021	Rx 1660751-0068 7 sept. 2019 DIN 02425394	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
						Franchise	Co-Ass	
		33.75	RAMQ	33.75	0.00	0.00	12.49	21.26 \$

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

RAMQ Réf: 3463948145-839000

Total à payer 12.49 \$

Reçu Original

Reçu Original



Hôpital général juif
Jewish General Hospital

3755, CÔTE STE-CATHERINE, MONTRÉAL, QC H3T 1E2



M R C 1 0 2 0

PRESCRIPTION DE DÉPART
DISCHARGE PRESCRIPTION

SADIQ, HALIMA

4850 COTE DES NEIGES, 1506 A

MONTREAL QCH3V 1G5

(438) 384-1628

SADH 5257 0519 EXP 2024 07

U# 810422

ALLERGIES:

Adressographe / Addressograph

NOTES PHARMACIE
PHARMACY NOTES

Mettre à l'arrêt (Cesb)
One of the

Pole 17 15 day

3 pharynx 200, 15 day

2 Celine 200, 15 day

86 1/2

PJC JEAN COUTU #068

1675, Ste-Catherine Ouest
Montréal (Québec) H3H 1L9
tél. 514 933-4221

CA 49, 41

DATE:

SIGNATURE DU MÉDECIN / PHYSICIAN'S SIGNATURE

HEURE / TIME:

LETTRES MOULÉES / PRINT NAME M.D.

LICENCE #

Transmission par télécopieur: 1) Cette ordonnance est originale 2) Le pharmacien identifié précité est le seul destinataire 3) L'original de cette ordonnance ne sera pas réutilisé
1-1-80282 (Stores) Rev. 2013-11-06