

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.

Diagnostique 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

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0016025

☒ Maladie **6773** ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **Moujoud Mohamed** Société : **RAM 6773**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **Moujoud MED** Date de naissance : **26/12/57**
Adresse : **301-559 Rue Saint-Louis LAYAL QC H7V 0C5**
Tél. : Total des frais engagés : **CAD 119,99** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **TALBI Nedim** Age : **48**

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 : **LAYAL QC** Le : **30/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Responsable	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Ste-Rose 334, rue Ste-Rose Laval, Québec H7V 3A4 Tél.: 450-625-2913 poste 10 Fax: 450-625-4599</p>	30/10/2019	119,914\$

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

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCES À RENOUVELER PAR TÉLÉCOPIE

Nom du médecin: NACÉRA CHABANE-CHAOUGHNo de téléphone: (450) 902-0943

Imprimé le: 2019/10/02

Adresse: 102-1875 RUE MAURICE-GAUVIN, LAVALNo de télécopieur: (450) 902-0919

Transmission confidentielle par télécopieur

Pharmacie: Yvonne Khamla pharmacienne, 334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, LavalNo de télécopieur: (450) 625-4599 No de téléphone: (450) 625-2913 Date et heure: 2019/10/02 21H48Talbi Nadia
17-2400 boulevard de la R
Laval, QC
H7L 4L1, 514 548-8508Né: 1971/03/14
RAMQ: TALN 7153 1410 1612

Et: Ch: Lit:

Allergies/Intolérances
Pathologies:

Nom du médicament Posologie Indications Heures de prise	Qté original prescrite	Nombre original de renouvellements	Renouvellements Validité de l'ordonnance Date du dernier service Dernière quantité émise	Arrêt Prescripteur	Qté	No ren
JUBLIA 10% Sol. Topique APPLIQUEZ 2 GOUTTES SUR CHAQUE GROS ORTEIL 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR	8.0	6	Renouvellements restants: 0 Valable jusqu'à: 2018/12/11 Date de service: 2019/05/28 Dernière quantité: 8.0	<input checked="" type="checkbox"/> <u>N. Chabane-Chaough</u>		
				<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		

Pharmacie Yvonne Khamla
Affiliée à Pharmaprix Ste-Rose
334, Curé-Labelle
Laval, Québec, H7L 0A4
Tél.: 450-625-2913 poste 10
Fax: 450-625-4599

Certification du prescripteur

Je certifie que:
- cette ordonnance est une ordonnance originale,
- le pharmacien identifié ci-dessus est le seul destinataire,
- l'original ne sera pas réutilisé.

Bonjour, acceptez-vous de renouveler ?

Commentaire(s):

Signature du médecin: N. Chabane-Chaough

Initiales du pharmacien: _____

No. de licence: _____

Date: _____

03 OCT. 2019
Cette télécopie est confidentielle et est destinée à être reçue par le destinataire uniquement. Si le lecteur n'est pas le destinataire de celle-ci, vous êtes informé que toute diffusion, distribution ou copie de ce document est strictement interdite.



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

PHARMACIENNE
450-625-2913



0285-930

Ad: 2020/10/02 6

8 JUBLIA (10%) Sol. Topique

**APPLIQUEZ 2 GOUTTES SUR
CHAQUE GROS ORTEIL 1 FOIS
PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR**

Talbi Nadia

Serv: 2019/10/30

104-004 Dr. N. CHABANE-C Jeter: 2020/10/27





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: 2019/10/30 11H58

RAMQ: TALN 7153 1410



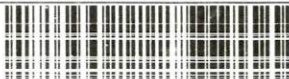
Quantité du de RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant RA	Montant ASSURÉ	Contribution de l'assuré		
				Franchise	Coass.	A PAYER
8.0 0285-930 02-413-388	JUBLIA 10% Sol. Topique N. CHABANE-CHAOUCH Sans assurance	119.94				119.94

NG

No: 0405196

ORIGINAL

Reçu 1 de 1



Passera: 30/10/2019 à 00:11

Merci de nous faire confiance

Total: 119.94\$

REÇU OFFICIEL