

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 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° W19-519074

ND = 24307

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6773

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MOUJOUH MOHAMED

Date de naissance :

26/12/1957

Adresse :

301-559 Rue Saint-Louis LAVAL (CD)
H7V 0C5

Tél. :

514 546 8508

Total des frais engagés :

CAD 28,87\$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

MOUJOUH MOHAMED Age: 62

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète Insulinodépendant

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 :

LAVAL

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/01/2020





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



450-625-2913

0298-413

REP
Ad: 2021/01/16 6

5 LANTUS SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

18 UNITES SOUSCUTANEE AU
COUCHER

MOUJOUH MOHAMED Servi: 2020/01/27
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/02/24



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



450-625-2913

0298-412

REP
Ad: 2021/01/16 6

30 JANUMET XR (1000mg-50mg) Comp. L.A.

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR AU MILIEU DU REPAS

MOUJOUH MOHAMED Servi: 2020/01/27
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/01/24



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
PHARMACIENNE FILIEE A PHARMAPRIX 334, boul. Curé-Labelle Arr Ste-Foie Laval QC H7L 4T7 Tél: 514 231-0310	27/04/2020	28,87 \$

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
		A M	P C	I M	I V	

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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: MOUJOD 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
2020/02/01 Orig: 2019/11/26	0292-020	5,0	SANDOZ-TRAVOP ROST 0.004% Gtte Oph.	RS	INSTILLENZ 1 GOUTTE 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER DANS L'OEIL AFFECTE	L.CHARBONNEAU (1870021)	11/1 28 Ad: 2020/11/18
2020/02/01 Orig: 2019/11/26	0292-018	10,0	MED-DORZOLAMI DE-TIMOLOL 2%-0.5% Sol.Oph.	RS	INSTILLENZ 1 GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR DANS LES 2 YEUX AUX 12 HEURES	L.CHARBONNEAU (1870021)	11/1 28 Ad: 2020/11/18
2020/01/27	0298-416	5,0	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo	NS	20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0 30 Ad: 2021/01/16
2020/01/27	0298-414	30,0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0 30 Ad: 2021/01/16
2020/01/27	0298-413	5,0	LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo	NS	18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0 30 Ad: 2021/01/16
2020/01/27	0298-412	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)	6/0 30 Ad: 2021/01/16
2020/01/27	0298-411	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/0 30 Ad: 2021/01/16
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
AFFILIÉE À PHARMAPRIX
334, boul. Curé-Labelle
Arr. Ste-Rose
Laval QC H7L 4T7
450-625-2913



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/02/01 16H46

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

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

RAMO: MOUM 5712 2612



417V-005, 514 546-8508

Quantité NO DE RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période Cumul / RES	Montant RA	Montant ASSUREUR	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	APAYER	
5.0 0298-413 02-294-338	LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Style N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée: -720312978	Jan-20 93.08 / 0.00	103.49	74.62	0.00	28.87	28.87
Prix coûtant payé Pour médicament		Au distributeur		Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
par le pharmacien		93.85		93.85	9.64	93.85	
30.0 0298-412 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée: -720302265	Jan-20 93.08 / 0.00	53.41	53.41	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé Pour médicament		Au distributeur		Total	Hon Prof.	Prix RGAM	
par le pharmacien		2.67		43.77	9.64	43.77	

No: 041 20

ORIGINAL

Reçu n° 2

Passera: 27/01/2020 à 00:16

Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page

2887\$

REÇU OFFICIEL