

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-431372

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) **24908**

Matricule : **8512** Société : _____

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : **KOUN M**

Date de naissance : **06/07/50**

Adresse : _____

Tél. : _____ Total des frais engagés : **180,39 \$/ca** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. VICTOR ABIKHZER**
5950 Côte-des-Neiges, #350
Montréal, Qué. H3S 1Z6
Tél.: 514-733-9192 / Fax: 514-733-7704

Date de consultation : **10/02/2020**

Nom et prénom du malade : **KOUN, Mohamed** Age: _____

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

Nature de la maladie : **A complication (VRI) + Dermite de contact**

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 : **11/3/20**

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
10-02-2020	C	1	gratuit	INP : <input type="text"/>

Dr. VICTOR ABIKHZER
5950 Côte-des-Neiges, #350
Montréal, Qué. H3S 1Z6
Tél.: 514-733-9192 / Fax: 514-733-7704

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
J. Amselem & D. Abikhzer 2071, Rue St-Louis, VSL, H4M 1P1 Tél: (514) 747-9889 Fax: (514) 747-5293	2/02/2020	\$180.39

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

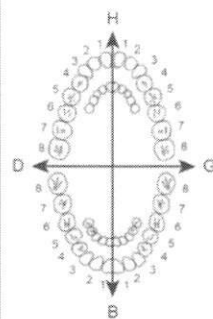
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

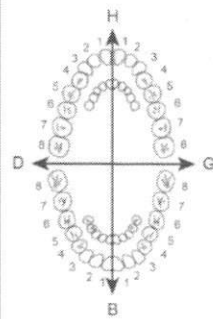
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS 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

DR. VICTOR ABIKHZER, M.A., M.D., L.M.C.C.

LIC. NO. 78-550

MÉDECINE FAMILIALE - FAMILY MEDECINE
5950 chemin De la Côte-Des-Neiges, Suite 350
Montréal (Québec), H3S 1Z6

Tel. (514) 733-9192

Fax: (514) 733-7704

For Mohammed Koun

Address _____

R_x

Date 10/02/2020

DYAZIDE 1co dia

Traitement pour \$100
3 mois



REPEAT	1	2	3	4	5	NR
--------	---	---	---	---	---	----

DR. VICTOR ABIKHZER, M.A., M.D., L.M.C.C.

LIC. NO. 78-550

MÉDECINE FAMILIALE - FAMILY MEDECINE

5950 chemin De la Côte-Des-Neiges, Suite 350

Montréal (Québec), H3S 1Z6

Tel. (514) 733-9192

Fax: (514) 733-7704

For Mohammad Koun

Address _____

R_x

Date 10/02/2020

① Advil sinus

1 co q 6h prs + 30

② Diprosone ~~for nose~~

apophyse - Bis + 50 gm

③ Balminal ~~de orange~~
sang sucre
1 cas - T 10 + 1 bottle

REPEAT	1	2	3	4	5	NR
--------	---	---	---	---	---	----



Pharmacie J. Amselem et D. Abikhzer
Inc.
2071 Rue Saint-Louis H4M 1P1
Tél: (514) 747-9889 /Fax: (514) 747-5293

KOUN MOHAMED
15 RUE DU PARC DES ERABLE
LAVAL, QC
514 619-1964

Date: 2020/02/12 17H55

PAS.

LIV.

☐
☐


Pharmacie J. Amselem et D. Abikhzer
Inc.
2071 Rue Saint-Louis H4M 1P1
Tél: (514) 747-9889 /Fax: (514) 747-5293

KOUN MOHAMED
15 RUE DU PARC DES ERABLE
LAVAL, QC
514 619-1964

Date: 2020/02/12 17H55

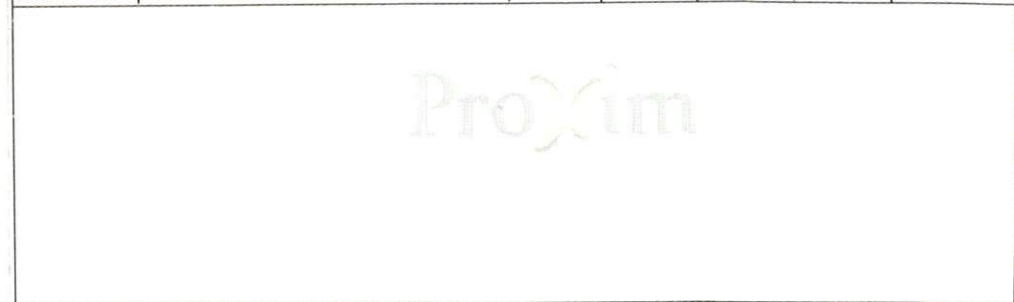
PAS.

LIV.

☐
☐

Quantite No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
				Franchise	Coass.	À PAYER
100.0 1061-678 00-532-657	TEVA-TRIAMTERENE HCTZ 25mg-50mg Comp. V.ABIKHZER Sans assurance	89.79				89.79
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 6.08 0.40 6.48			83.31	6.48		
50.0 1061-679 00-344-923	DIPROSONE 0.05% Pom. Topique V.ABIKHZER Sans assurance	40.98				40.98
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total			Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 10.76 0.70 11.46			29.52	11.46		
30.0 1061-680 02-036-312	ADVIL RHUME & SINUS 200mg-30mg Caplet V.ABIKHZER Sans assurance	20.25				20.25

Quantite No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
				Franchise	Coass.	À PAYER
250.0 1061-681 01-928-775	BALMINIL DM S/SUCRE-ALCOO 15mg/5ml Sirop V.ABIKHZER Sans assurance	29.37				29.37



No: 0667767
ORIGINAL
Reçu 1 de 2

LUN-JEU: 830-8, VEN:
830-6, DIM: 9:30-6

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

No: 0667767
ORIGINAL
Reçu 2 de 2

LUN-JEU: 830-8, VEN:
830-6, DIM: 9:30-6

Total: 180.39\$

REÇU OFFICIEL





Pharmacie J. Amselem et D. Abikhzer
Inc.
2071 Rue Saint-Louis H4M 1P1
Tél: (514) 747-9889 /Fax: (514) 747-5293

KOUN MOHAMED
15 RUE DU PARC DES ERABLE
LAVAL, QC
514 619-1964

Date: 2020/02/12 17H55

PAS. ☐

LIV. ☐

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
				Franchise	Coass.	À PAYER
100.0 1061-678 00-532-657	TEVA-TRIAMTERENE HCTZ 25mg-50mg Comp. V.ABIKHZER Sans assurance	89.79				89.79
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total		Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 6.08 0.40 6.48		83.31		6.48		
50.0 1061-679 00-344-923	DIPROSONE 0.05% Pom. Topique V.ABIKHZER Sans assurance	40.98				40.98
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total		Hon Prof.		Prix RGAM		
par le pharmacien 10.76 0.70 11.46		29.52		11.46		
30.0 1061-680 02-036-312	ADVIL RHUME & SINUS 200mg-30mg Caplet V.ABIKHZER Sans assurance	20.25				20.25

No: 0667767
DUPLICATA
Reçu 1 de 2

LUN-JEU: 830-8, VEN:
830-6, DIM: 9:30-6

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL



Pharmacie J. Amselem et D. Abikhzer
Inc.
2071 Rue Saint-Louis H4M 1P1
Tél: (514) 747-9889 /Fax: (514) 747-5293

KOUN MOHAMED
15 RUE DU PARC DES ERABLE
LAVAL, QC
514 619-1964

Date: 2020/02/12 17H55

PAS. ☐

LIV. ☐

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
				Franchise	Coass.	À PAYER
250.0 1061-681 01-928-775	BALMINIL DM S/SUCRE-ALCOO 15mg/5ml Sirop V.ABIKHZER Sans assurance	29.37				29.37

Proxim

No: 0667767
DUPLICATA
Reçu 2 de 2

LUN-JEU: 830-8, VEN:
830-6, DIM: 9:30-6

Total: 180.39\$

REÇU OFFICIEL