

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-519078

55230

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUJOUR MOHAMED

Date de naissance : 26/12/1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis
LAVALL (OC) 117Y OC5

Tél. : 514 546 85 08 Total des frais engagés : CAD 5000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUJOUR MOHAMED Age : 52

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

Nature de la maladie : Diabète Insulino-dépendant

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 : LAVALL (OC) Le : 27/03/2020

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 Pharmacia ou du Fournisseur YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE AFFILIEE A PHARMAPRIX 334 boul. Curé-Labelle Arr. Ste-Rose Laval QC H7L 4T7 450-625-2913	Montant de la Facture 56,94 \$

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	

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'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"/>														
D.O.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	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															

#22237

ORDONNANCES À RENOUELER PAR TÉLÉCOPIE

Nom du médecin: NACÉRA CHABANE-CHAOUGH

No de téléphone: (450) 902-0943

Imprimé le: 2020/01/17

Adresse: 102-1875 RUE MAURICE-GAUVIN, LAVAL

No de télécopieur: (450) 902-0919



Transmission confidentielle par télécopieur

Pharmacie: Yvonne Khamla pharmacienne, 334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval

No de télécopieur: (450) 625-4599 No de téléphone: (450) 625-2913 Date et heure: 2020/01/17 18H40

MOUJOU MOHAMED
17-2400 boulevard de la R
Laval, QC
H7L 4L1, 514 545-8508

Nal: 1957/12/26

RAMQ: MOUM 571 2 2612 /

Et: Ch: Lit:

Allergies/intolérances: Pas d'allergie déclarée

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 emise	Arrêt Prescripteur	Qté	Nb ren
AIGUILLE ULTRA-FINE III 5mm Cal.31 BD AIGUILLES SMN 310	100.0	12	Renouvellements restants: 2 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2020/01/17 Dernière quantité: 100.0	<input type="checkbox"/>		
PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	30.0	12	Renouvellements restants: 1 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 30.0	<input checked="" type="checkbox"/> 1 ma Rx 6		
JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS	30.0	12	Renouvellements restants: 3 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>		
LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER	5.0	12	Renouvellements restants: 6 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>		
ROSUVASTATIN 10mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	30.0	12	Renouvellements restants: 5 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/>		
APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	5.0	12	Renouvellements restants: 1 Valable jusqu'au: 2020/10/24 Date de service: 2019/12/28 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/>		

Certification du prescripteur

Je certifie que:

- cette ordonnance est une ordonnance originale,
- le pharmacien identifié précité est le seul destinataire,
- l'original ne sera pas réutilisé.

Bonjour, acceptez-vous de renouveler?

Commentaire(s):

Signature du médecin: *N. Chabane-Chaough*

No. de licence:

Initiales du pharmacien: *YK*

Date:

YVONNE KHAMLA
PHARMACIENNE
AFFILIÉE À PHARM.
334, boul. Curé-Lal
Arr. Ste-Rose
Laval QC H7L 4
450-625-2913

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 PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7
450-625-2913

0298-416

Ad-20210316 4

5 APIDRA SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

**20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS
PAR JOUR LE MATIN**

MOUJOU MOHAMED Servi: 2020/03/27
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/04/24

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7
450-625-2913

0298-413

Ad-20210316 4

5 LANTUS SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

**18 UNITES SOUSCUTANEE AU
COUCHER**

MOUJOU MOHAMED Servi: 2020/03/27
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/04/24



YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7
450-625-2913

Ad-20210316 4

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR AU COUCHER**

MOUJOU MOHAMED Servi: 2020/03/27
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/03/25



Yvonne Khamla pharmacienne **MOUJOURD MOHAMED**
334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-LOUIS
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC
H7V-0C5, 514 546-8508

Date: 2020/03/27 12H57

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité du de RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / es	Montant RA	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	A PAYER	
30.0 0298-411 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -678084277 008768	Mar 45.60 / 47.48	25.58	16.12	0.00	9.46	9.46
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
15.34		1.00	16.34	9.24	16.34		
30.0 0298-412 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -678084276 008769	Mar 65.24 / 27.84	53.07	33.43	0.00	19.64	19.64
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
41.10		2.67	43.77	9.30	43.77		

REFRIGÉRATEUR

No: 0428404
ORIGINAL
Reçu 1 de 2

Passera: 27/03/2020 à 00:12
Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page



Yvonne Khamla pharmacienne **MOUJOURD MOHAMED**
334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 301-559 ST-LOUIS
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC
H7V-0C5, 514 546-8508

Date: 2020/03/27 12H57

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité du de RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / es	Montant RA	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	A PAYER	
5.0 0298-413 02-294-338	LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Style N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -678084275 008770	Mar 93.08 / 0.00	103.09	75.25	0.00	27.84	27.84
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
93.85		Montant inconnu	93.85	9.24	93.85		
30.0 0298-414 02-405-636	ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -678094624 008771	Mar 93.08 / 0.00	13.57	13.57	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
4.07		0.26	4.33	9.24	4.33		
5.0 0298-416 02-294-340	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Style N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -678094622 008772	Mar 93.08 / 0.00	61.43	61.43	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
49.00		3.19	52.19	9.24	52.19		

No: 0428404
ORIGINAL
Reçu 2 de 2

Passera: 27/03/2020 à 00:12
Merci de nous faire confiance

Total: 56.94\$

