

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 : per@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° W19-519070

55231

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6773

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MOUJOU MOHAMED

Date de naissance :

26 Décembre 1957

Adresse :

301-559 Rue Saint-Louis

LAVAL (QC)

HIV 0C5 CANADA

Tél. :

5145468508

Total des frais engagés :

93,08 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

MOUJOU MOHAMED

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 :

LAVAL

Le : 25 / 04 / 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 :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacie

Montant de la Facture

AFFILIÉE À PHARMAPRIX

334, boul. Curé-Labelle

Arr. Ste-Rose

Laval QC H7L 4T7

450-625-2913

93,08 \$

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

A M

P C

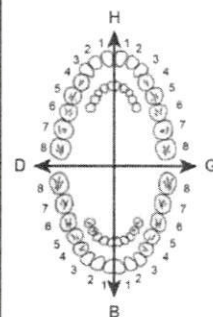
I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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



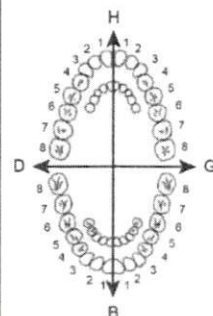
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

(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



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/04/25 11H49

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

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

RAMQ: MOUM 5712 2612

H7V-0C5, 514 546-8508



Quantité No de RA DIN	Nom du médicament Prescrit par No de référence	Période CUMUL / JRS	Montant RA	Montant ASSURÉ	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	À PAYER	
5.0 0298-416 02-294-346	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -658140636 001751	Avr-20 36.43 / 56.65	61.43	25.00	21.75	14.68	36.43
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 49.00			52.19	9.24	52.19		
30.0 0298-414 02-405-636	ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -658134239 001752	Avr-20 41.45 / 51.63	13.57	8.55	0.00	5.02	5.02
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 4.07			4.33	9.24	4.33		
5.0 0298-413 02-294-338	LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -658135127 001753	Avr-20 79.59 / 13.49	103.09	64.95	0.00	38.14	38.14
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 93.65			93.65	9.24	93.65		

No: 0432126

ORIGINAL

Page 1 de 2

Passera: 25/04/2020 à 00:11

Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page





Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/04/25 11H49



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

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

RAMQ: MOUM 5712 2612

H7V-0C5, 514 546-8508

Quantité NU DE RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant ASSURÉ	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	APAYER	
30.0 0298-412 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -658140632 001754	Avr-20 93.08 / 0.00	53.07	39.58	0.00	13.49	13.49
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 41.10	Au distributeur 2.67	Total 43.77	Hon Prof. 9.30	Prix RGAM 43.77		
30.0 0298-411 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -658134234 001756	Avr-20 93.08 / 0.00	25.58	25.58	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 15.34	Au distributeur 1	Total 16.34	Hon Prof. 9.24	Prix RGAM 16.34		

RÉFRIGÉRATEUR

No: 0432126

ORIGINAL

Page 2 sur 2



2020/04/20 à 00:11

nous faire confiance

Tc

93.08\$



#22237

ORDONNANCES À RENOUVELER PAR TÉLÉCOPIE

Nom du médecin: NACÉRA CHABANE-CHAOUGH

No de téléphone: (450) 902-0943

Adresse: 102-1875 RUE MAURICE-GAUVIN, LAVAL

No de télécopieur: (450) 802-0919

Imprimé le: 2020/01/17



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 18H40MOUJOU MOHAMED
17-2400 boulevard de la R
Laval, QC
H7L 4L1, 514 546-8508Nal: 1957/12/26
RAMQ: MOUM 5712 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 émise	Arrêt Prescripteur	Qté	Nb ren
AIGUILLE ULTRA-FINE III 5mm Cal.31 BD AIGUILLES 5MM 31G	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 COMPRIMÉ 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 type="checkbox"/>		
JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. PRENEZ 1 COMPRIMÉ 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 SOUSCUTANÉE 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 COMPRIMÉ 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 SOUSCUTANÉE 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

Initiales du pharmacien:

No. de licence:

Date:

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

0298-413

Ad 2021/05/16 3

5 LANTUS SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo
18 UNITES SOUSCUTANÉE AU
COUCHERMOUJOU MOHAMED Servi: 2020/04/25
104-004 Dr. N. CHABANE-C Jeter: 2020/05/23YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
334 CURÉ-LABELLE
STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7 450-625-2913

0298-413 Ad 2021/05/16 3

5 LANTUS SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

20 UNITES SOUSCUTANÉE 1 FOIS
PAR JOUR LE MATINMOUJOU MOHAMED Servi: 2020/04/25
104-004 Dr. N. CHABANE-C Jeter: 2020/05/23

Copie

YVONNE KHAMLA PHARMACIENNE
AFFILIÉE À PHARMAPRIX
334, boul. Curé-Labelle
Arr. Ste-Rose
Laval QC H7L 4T7
450-625-2913