

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-583153

55335

☒ 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 (DC)

Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : 174 000 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Moujoud Mohamed Age : 62

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 : 19/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

# 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

YVONNE KHALLA  
PHARMACIENNE  
AFFILIÉE À PHARMABRIX  
334, boul. Curé-Labelle  
Arr. Ste-Rose  
Laval QC H7L 4T7  
450-028-2010

2021/11/22 95,31\$  
S. Khalla, pharmacienne

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et de l'odontologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires


# AUXILIAIRES MEDICAUX

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


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

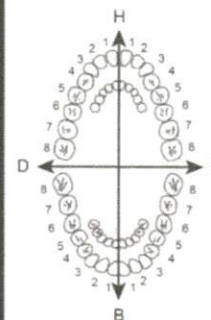
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et d'indiquer la nature des soins.

Important :

Veillez 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 :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

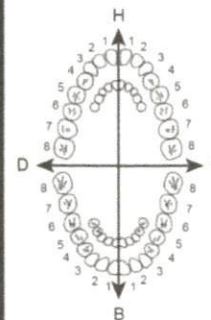
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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



**Yvonne Khamla pharmacienne**  
334 Boul. Cure-Labelle, Sainte-Rose, Cay  
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599

0320-755

Ad: 2022/08/20 10

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

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR AU MILIEU DU REPAS**

MOUJOU MOHAMED Servi: 2020/11/22  
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/11/20

**Yvonne Khamla pharmacienne**  
334 Boul. Cure-Labelle, Sainte-Rose, Cay  
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599

0320-754

Ad: 2022/08/20 10

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR LE MATIN**

MOUJOU MOHAMED Servi: 2020/11/22  
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/11/20

**Yvonne Khamla pharmacienne**  
334 Boul. Cure-Labelle, Sainte-Rose, Cay  
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599

0320-753

Ad: 2022/08/20 10

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

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

MOUJOU MOHAMED Servi: 2020/11/22  
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2021/11/20

**Yvonne Khamla pharmacienne**  
334 Boul. Cure-Labelle, Sainte-Rose, Cay  
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599

0320-752

Ad: 2022/08/20 10

5 LANTUS SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

**18 UNITES SOUSCUTANEE AU  
COUCHER**

MOUJOU MOHAMED Servi: 2020/11/22  
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/12/20

**Yvonne Khamla pharmacienne**  
334 Boul. Cure-Labelle, Sainte-Rose, Cay  
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599

0320-751

Ad: 2022/08/20 10

5 APIDRA SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

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

MOUJOU MOHAMED Servi: 2020/11/22  
104-004 Dr. N.CHABANE-C Jeter: 2020/12/20

## ORDONNANCES À RENOUVELER PAR TÉLÉCOPIE

Nom du médecin: NACÉRA CHABANE-CHAOUCH

No de téléphone: (450) 902-0943

Imprimé le: 2020/08/18

Adresse: 102-1 875 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) 625-2013 Date et heure: 2020/08/18 19H31

MOUJOU MOHAMED

301-558 ST-LOUIS

Laval, QC

HTV-005, 514 546-8500

Nal: 1957/12/26

RAMQ: M0UM 571 2 2612 /

Ét: 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
APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Style 20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	5.0	6	Renouvellements restants: 1 Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/07/23 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/> ximw N. CHABANE-CHAOUCH		2x12
LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Style 18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER	5.0	6	Renouvellements restants: 1 Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/07/23 Dernière quantité: 5.0	<input type="checkbox"/> N. CHABANE-CHAOUCH		
ROSUVASTATIN 10mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER	30.0	6	Renouvellements restants: 1 Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/05/25 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/> N. CHABANE-CHAOUCH		
PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN	30.0	6	Renouvellements restants: 1 Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/06/25 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/> N. CHABANE-CHAOUCH		
JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS	30.0	6	Renouvellements restants: 2 Valide jusqu'au: 2021/01/16 Date de service: 2020/06/26 Dernière quantité: 30.0	<input type="checkbox"/> N. CHABANE-CHAOUCH		
				<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, excusez-vous de renouveler ?

Commentaire(s):

Signature du médecin: N. Chabane-Chaouch

Initiales du pharmacien: \_\_\_\_\_

No. de licence: 20 Août 2020

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

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/11/22 12H11

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

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

H7V-0C5, 514 546-8503

RAMQ: MOUM 5712 2612



Quantité du de RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant Assurée	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	À PAYER	
5.0 0320-751 02-294-346	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Style N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -506079656 005409	Nov-20 36.43 / 58.88	61.43	25.00	21.75	14.68	36.43
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 49.00	Au distributeur 3.19	Total 52.19	Hon Prof. 9.24	Prix RGAM 52.19		
5.0 0320-752 02-294-338	LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Style N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -506079655 005410	Nov-20 74.57 / 20.74	103.09	64.95	0.00	38.14	38.14
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 93.85	Au distributeur Montant inconnu	Total 93.85	Hon Prof. 9.24	Prix RGAM 93.85		
30.0 0320-753 02-405-636	ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -506079654 005411	Nov-20 79.61 / 15.70	13.63	8.59	0.00	5.04	5.04
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 4.07	Au distributeur 0.26	Total 4.33	Hon Prof. 9.30	Prix RGAM 4.33		

No: 0462295

Passera: 22/11/2020 à 00:12

Voir total dernière page

ORIGINAL

Merci de nous faire confiance

Reçu 1 sur 2

REQUOFFICIEL





Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2020/11/22 12H11

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 DU DE RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant ASSURÉ	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	A PAYER	
30.0 0320-754 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -506077013 005412	Nov-20 89.10/6.21	25.64	16.15	0.00	9.49	9.49
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	15.34	1.00	16.34	9.30	16.34		
30.0 0320-755 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ -506079653 005413	Nov-20 95.31/0.00	53.07	46.86	0.00	6.21	6.21
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		

Garder au réfrigérateur.  
NE PAS CONGELER.

©1976

No: 0462295

ORIGINAL

Reçu 2 de 2



Passera: 22/11/2020 à 00:12

Merci de nous faire confiance

Total: 95.31\$

REÇU OFFICIEL