

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

M22- 0032197

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres **19000**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **918** Société : **Retraite**

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **BARAK MUSTAPHA**

Date de naissance : **1949**

Adresse : **Salmia 2 Rue 2 imm 23 app 2 CASABLANCA**

Tél. : Total des frais engagés : **124,33 \$can** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : **CASABLANCA** Le : **05 / 01 / 2024**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHÉRENT

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Diane Azzi
Pharmacienne
041678

03-01-2024
Pharmacie VanHoenacker - P.B. Tremblay
C.P. 1000, 29
901 Ste-Catherine Est
Montréal Qc H2L 2E5
Tel: 514-842-4915
Fax: 514-842-9893

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

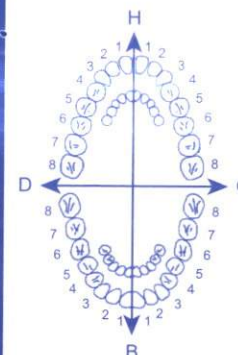
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



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 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

TREMBLAY VAN HOENACKER

TREMBLAY VAN HOENACKER

901 STE CATHERINE EST, MONTREAL, QC, H2L 2E5

514-842-4915

Jan. 03, 2024 4:38 PM

0029 1002 165383 500000 3

Pharmacie AM PM #1

ORDONNANCE 124,33 N X 124,33

SOUS-TOTAL: 124,33

1 Article TOTAL: \$124,33
CARTE DE DÉBIT 124,33
TPS #: 81872 0955RT0002 TVQ #: 1213948713TQ
0002



9990200291002001653834

DONNEZ-NOUS VOTRE AVIS SUR LE SERVICE QUE
VOUS AVEZ REÇU AUJOURD'HUI!

VISITEZ www.surveysdm.com, COMPOSEZ LE
1-800-701-9163 OU

SCANNEZ LE CODE QR CI-DESSOUS



POUR AVOIR UNE CHANCE DE GAGNER

1 de 2 PRIX MENSUELS DE
1 MILLION DE POINTS OPTIMUM PC
OU 1000 \$ EN CARTES-CADEAUX.

VISITEZ www.surveysdm.com

POUR LE RÈGLEMENT COMPLET DU CONCOURS.

Numéro de certificat: 00509808-2089223

Conservez reçu pour retour dans les 30
jours. Visitez pharmaprix.ca des exclusions.

TYPE: ACHAT

COMPTE: CHEQUE 124,33 CAD\$

Type de carte: DEBIT

NUMERO CARTE: *****0652 C

DATE/HEURE: 24/01/03 16:37:57

NUMERO REF: 0010010280

AUTOR #: 006119

INTERAC

A0000002771010 0080008000 E800

00/001 APPROUVEE - MERCI

VERIFIEE PAR NIP

--- IMPORTANT

Conserver cette copie pour vos dossiers.

*** COPIE DU CLIENT ***



**Pharmacie Van Hoenacker et
Tremblay**
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5, 514-842-4915

BARKAK MUSTAPHA
1585 DE LA VISITATION
MONTREAL, QC
H2L-3C2, 514 284-0853

Date: 2024/01/03 15H56

RAMQ: BARM 4901 0110



Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	À PAYER	
100.0 1360-419 00-902-144	ACCU-CHEK SOFTCLIX Lancette J. LEROUX-STEWART Sans assurance		11.99				11.99

No: 1828695
ORIGINAL
Reçu 6 de 6



Passera: 03/01/2024 à 00:15
420029002432

Total: 124.33\$

REÇU OFFICIEL

- Cette ordonnance est une ordonnance originale

- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

PHARMACIE ERIC VAN HOENACKER ET PIERRE-BENOIT TREMBLAY

901 Rue Ste-Catherine E Montréal (Québec) H2L 2E5

L'original ne sera pas utilisé

JL 8



Clinique Médicale Angus

Date: 11 septembre 2023

NAM: BARM 4901 0110 Exp.: 2029-01

Nom: Mustapha Barkak

DDN: 1 janvier 1949

Tel.: (514) 284-0883

Allergies: Aucune

Poids: 74,75 kg

rajouter un ATORVASTATIN 20 mg supplémentaire - Ren.: 24 (DSQ)

1 co po die (donc total 60 mg die)

JARDIANCE 25 MG COMPRIME - Ren.: 24 (DSQ)

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR idem, mais le matin et non le soir

cesser FER-SULFATE - Ren.: 0 (DSQ)

Tel que prescrit

hytrin - Ren.: 24 (DSQ)

1 mg po die hs, ren x 24 mois

copie

Pharmacie E. VanHoenacker - P.B. Tremblay
aff. Pharmaprix #29
901 Ste-Catherine Est
Montréal Qc H2L 2E5
Tel: 514-842-4915
Fax: 514-842-9893

JL 8

Dre Leroux-Stewart, Josée
Médecin
1158310

2601 William Tremblay, Bureau 200 Montréal (Québec) H1Y 0E2

Téléphone: (514) 807-2333 | Télécopieur: (514) 596-1821

Ce document est confidentiel et ne peut être consulté que par l'utilisateur qui y est mentionné.

Imprimé le 2023-09-11 16:30:45 par Josée Leroux-Stewart

Page 1 / 1

Heure de réception Sept11, 2023 4:33PM N° 0611

- Cette ordonnance est une ordonnance originale
- Le pharmacien identifié ci-bas est le seul destinataire

PHARMACIE ERIC VAN HOENACKER ET PIERRE-BENOIT TREMBLAY

901 Rue Ste-Catherine E Montréal (Québec) H2L 2E5

L'original ne sera pas utilisé

JLew8

COPIE



Clinique Médicale Angus

Date: 20 mars 2023

NAM: BARM 4901 0110 Exp.: 2029-01

Nom: Mustapha Barkak

DDN: 1 janvier 1949

Tel.: (514) 284-0853

Allergies: Aucune

Poids: 77,75 kg

Bandelettes et lancettes pour glycémie capillaire - Ren.: 24

#100, ren x 24 mois

↑ REPAGLINIDE 0,5 MG COMPRIME - Ren.: 24

PRENEZ 1 à 2 COMPRIMES 3 FOIS PAR JOUR, selon la glycémie

JENTADUETO 500+2.5 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR AU DEJEUNER ET AU SOUPER (CODE EN150)

AMLODIPINE ATORVASTATIN 10+40 MG COMPRIME - Ren.: 24

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER REGULIEREMENT

BISOPROLOL 10 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER

IRBESARTAN 300 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN

FER-SULFATE 300 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR

JARDIANCE 25 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR

code en148

Dex4 Glucose 4g comp.croq. - Ren.: 24

4 co po si hypoglycémie, ren x 24 mois

Tous ren x 24 mois, mercil - Ren.: 0

Tel que prescrit

COPIE

JLew8

Dre Leroux-Stewart, Josée

Médecin

1158310

2601 William Tremblay, Bureau 200 Montréal (Québec) H1Y 0E2

Téléphone: (514) 807-2333 | Télécopieur: (514) 596-1821

Ce document est confidentiel et ne peut être consulté que par l'utilisateur qui y est mentionné.

Imprimé le 2023-03-20 13:22:05 par Josée Leroux-Stewart

Page 1 / 1

Heure de réception Mar. 20. 2023 1:23PM N° 4705

COPIE

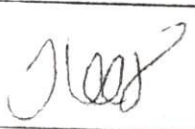


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BARKAK MUSTAPHA
Matricule :	918 N° CIN : B131124
Adresse :	Salmia 2 Rue 2 imm 23 app 2 CASABLANCA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. José LEROUX STEWART Spécialité : endocrinologie
N° ICE :	#CNA 1158310 N° INPE :
Certifié que Mlle, Mme, M. :	Mustapha Barkak
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> À vie
Hypercholestérolémie et Diabète de type 2 et HTA	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : HbA1c 6.8% - TA 133/66 - Apob 1.04	
Dont ci-joint ordonnance :	cf liste ci-jointe
Traitement prescrit :	" "
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Montréal le 11/04/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
Clinique médicale Angus 2601 William-Tremblay, bureau 200 Montréal (QC) H1Y 0E2 Tél. : (514) 807-2333 / Fax : (514) 596-1821	

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées