

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 060378

☐ Maladie ☐ Dentaire 21350 ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAJOUH Mohamed
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 5145468508 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : TALBI Nodir Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : ACCUEIL Le :
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
PHARMAPRIX AFFILIÉE A PHARMAPRIX 334, boul. Curo-Labelle Arr Ste-Rose Laval QC H7L 4T7 514-828-2913	27/01/20	69,43 \$

[illegible]

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

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

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'O.D.F.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																
					MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															
					DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															
					FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td style="width: 50%;">25533412</td><td style="width: 50%;">21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">G</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 colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																
			DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																	
			DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																	

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 (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° W19-519072

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSSOUD MOHAMED

Date de naissance : 26/12/1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis LAYAL (OC)
H7V OC5 CANADA

Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 68,43 gks

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TALBI Nadia Age: 49

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

Nature de la maladie : Diabète, Hypertension

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 : LAYAL Le : 27/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-519072

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6773

Nom de l'adhérent(e) : MOUSSOUD

Total des frais engagés : 68,439

Date de dépôt :

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

0261-285

REP.
Ad: 2020/02/19 1

60 JANUMET (500mg-50mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR
JOUR MATIN ET SOIR EN
MANGEANT *EN150***

Talbi Nadia Servi: 2020/01/27
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/01/24



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

0261-284

REP.
Ad: 2020/02/19 1

30 SANDOZ-PERINDOPRIL (2mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR *AVEC COVERSYL PLUS
4/1.25***

Talbi Nadia Servi: 2020/01/27
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/01/24



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

0281-758

REP.
Ad: 2020/08/28 7

30 ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR MEME HEURE CHAQUE
JOUR AU COUCHER**

Talbi Nadia Servi: 2020/01/27
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/01/24



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

0261-286

REP.
Ad: 2020/02/19 1

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN *AVEC
COVERSYL 2 MG***

Talbi Nadia Servi: 2020/01/27
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2021/01/24



DOSSIER PATIENT

Yvonne Khamla pharmacienne
334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599

PATIENT: TALBI NADIA

Adresse: 17-2400 boulevard de la R
Ville: Laval
Téléphone: (514)546-8508
Code Postal: H7L 4L1

Sexe: F Langue: Français
Naissance: 1971/03/14 Age: 48 ans
Taille: 0,00 m. Poids: 0,00 Kg
R.A.M.Q: TALN 7153 1410 /10

Date	No Rx	Qte	Médicament	Att.	Posologie Heure de prise Indication	Médecin	Ren à donner / Ren donnés, Durée
2020/01/27 Orig: 2019/08/29	0281-758	30,0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	7/5 30 Ad: 2020/08/28
2020/01/27 Orig: 2019/02/27	0261-286	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN *AVEC COVERSYL 2 MG*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	1/11 30 Ad: 2020/02/19
2020/01/27 Orig: 2019/02/27	0261-285	60,0	JANUMET 500mg-50mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR MATIN ET SOIR EN MANGEANT *EN150*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	1/11 30 Ad: 2020/02/19
2020/01/27 Orig: 2019/02/19	0261-284	30,0	SANDOZ-PERINDO PRIL 2mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR *AVEC COVERSYL PLUS 4/1.25*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	1/11 30 Ad: 2020/02/19

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



Yvonne Khamla pharmacienne Talbi Nadia
 334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 17-2400 boulevard de la R
 (450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC
 H7L-4L1, 514 546-8508

Date: 2020/01/27 20H12

RAMQ: TALN 7153 1410



Yvonne Khamla pharmacienne Talbi Nadia
 334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 17-2400 boulevard de la R
 (450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC
 H7L-4L1, 514 546-8508

Date: 2020/01/27 20H12

RAMQ: TALN 7153 1410



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.	Coass.	A PAYER
30.0 0281-758 02-405-636	ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -724536301	Jan-20 13.63 / 79.45	13.63	0.00	13.63	0.00	13.63
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total Hon Prof. Prix RGAM par le pharmacien 4.07 0.26 4.33 9.30 4.33							
30.0 0261-286 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -724535648	Jan-20 28.23 / 64.85	25.64	11.04	8.12	6.48	14.60
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total Hon Prof. Prix RGAM par le pharmacien 15.34 1.00 16.34 9.30 16.34							

No: 0418626

ORIGINAL

Reçu 1 de 2

Passera: 27/01/2020 à 00:18
 Merci de nous faire confiance

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

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.	Coass.	A PAYER
60.0 0261-285 02-333-856	JANUMET 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -724536298	Jan-20 64.06 / 29.02	96.84	61.01	0.00	35.83	35.83
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total Hon Prof. Prix RGAM par le pharmacien 82.20 5.35 87.55 9.29 87.55							
30.0 0261-284 02-470-225	SANDOZ-PERINDOPRIL 2mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : -724498164	Jan-20 69.43 / 23.65	14.51	9.14	0.00	5.37	5.37
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur Total Hon Prof. Prix RGAM par le pharmacien 4.89 0.32 5.21 9.30 5.21							

No: 0418626

ORIGINAL

Reçu 2 de 2

Passera: 27/01/2020 à 00:18
 Merci de nous faire confiance

Total: 69.43\$

REÇU OFFICIEL