

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 radiés 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.



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

Déclaration de Maladie
M22- 0014682

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ms
 Nom & Prénom : KOUNI
 Date de naissance : 06/07/1950
 Adresse : Casa
 Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : 274,34 \$ can Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Yael ABIKHZER**
 5950 Côte-des-Neiges, #350
 Montréal, Qc., H3S-1Z6
 Tél: 514-733-0987 / Fax 514-733-7704
 Date de consultation : 08/09/2022
 Nom et prénom du malade : MOHAMED KOUNI Age:
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DIABETES + SURROITS
 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 : Casa Le : 21/09/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma

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
08/04/2020	consultation		✓	<p>Dr. Yael ABIKHZER</p> <p>5950 Côte-des-Neiges, #350</p> <p>Montréal, Qc., H3S-1Z6</p> <p>Tél: 514-733-0987 / Fax 514-733-7700</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE J. Amselem & D. Abikhzer 771, Rue St-Louis VSL, H4M-1P1 T: (514)747-9889 Fax: (514)747-5293	11/09/2021	\$ 274.34 \$ Ca.

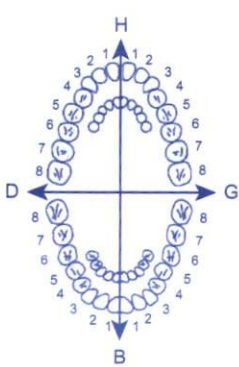
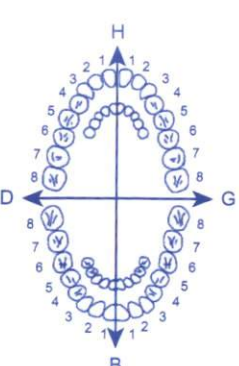
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie J. Amselem et D. Abikhzer
Inc.
 2071 Rue Saint-Louis H4M 1P1
 Tél: (514) 747-9889 /Fax: (514) 747-5293

KOUN MOHAMED
 15 RUE DU PARC DES ERABLE
 LAVAL, QC
 514 619-1964

Date: 2022/09/11 13H28

PAS. ☐

LIV. ☐

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
				Franchise	Coass.	À PAYER
100.0 1101-817 00-441-775	APO-TRIAZIDE 25mg-50mg Comp. V.ABIKHZER Sans assurance	34.14				34.14
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 6.08	Au distributeur 0.40	Total 6.48	Hon Prof. 27.66	Prix RGAM 6.48	
100.0 1101-818 02-238-545	ASAPHEN E.C. 80mg Comp. Entér. V.ABIKHZER Sans assurance	15.29				15.29
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 5.30	Au distributeur 0.34	Total 5.64	Hon Prof. 9.65	Prix RGAM 5.64	
100.0 1101-819 02-402-769	APO-ALLOPURINOL 100mg Comp. V.ABIKHZER Sans assurance	33.10				33.10
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 7.80	Au distributeur 0.51	Total 8.31	Hon Prof. 24.79	Prix RGAM 8.31	

Voir total dernière page

No: 01451

GINAL

Feçu 1 de 3

LUN-JEU 8:30-8, VEN
 8:30-6, DIM 9:30-6

REÇU OFFICIEL



Pharmacie J. Amselem et D. Abikhzer
Inc.

2071 Rue Saint-Louis H4M 1P1

Tél: (514) 747-9889 /Fax: (514) 747-5293

KOUN MOHAMED

15 RUE DU PARC DES ERABLE

LAVAL, QC

514 619-1964

Date: 2022/09/11 13H28

PAS.

LIV.

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
				Franchise	Coass.	À PAYER
100.0 1101-821 99-100-849	CONTOUR NEXT Bandelette V.ABIKHZER Sans assurance	102.59				102.59
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur		Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 69.89 4.54		74.43	28.16	74.43		
100.0 1101-822 00-977-493	LANCETTES MICROLET Lancette V.ABIKHZER Sans assurance	16.04				16.04
30.0 1101-823 00-586-676	FUCIDIN 2% Pom. Topique V.ABIKHZER Sans assurance	39.49				39.49
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur		Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 17.78 1.16		18.94	20.55	18.94		

No: 0801451
ORIGINAL
Reçu 2 de 3

LUN-JEU 8:30-8, VEN
8:30-6, DIM 9:30-6

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL



Pharmacie J. Amselem et D. Abikhzer
Inc.
2071 Rue Saint-Louis H4M 1P1
Tél: (514) 747-9889 / Fax: (514) 747-5293

KOUN MOHAMED
15 RUE DU PARC DES ERABLE
LAVAL, QC
514 619-1964

Date: 2022/09/11 13H28

PAS. ☐

LIV. ☐

Quantité No de Rx DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		
				Franchise	Coass.	À PAYER
200.0 1108-949 02-520-311	PMSC METFORMIN 850mg Comp. V.ABIKHZER Sans assurance	33.69				33.69
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament 6.78	Au distributeur 0.44	Total 7.22	Hon Prof. 26.47	Prix RGAM 7.22	

No: 0801451
ORIGINAL
Reçu 3 de 3



LUN-JEU 8:30-8, VEN
8:30-6, DIM 9:30-6

Total: 274.34\$

REÇU OFFICIEL

LIC.# 10437

5950, chemin de la Côte-Des-Neiges

Suite 350

Montréal, (Québec) H3S 1Z6

Tel. : 514-733-0987

Fax : 514-733-7704

Name RODOLFO MONTERO Age 18

Address _____

SECURITY FEATURES ON BACK

Date 10/10/08

R metformin 850mg Po TID
 TRIAZIDE 25/50mg Po QD
 ASA 80mg Po QD
 ALLOPURINOL 100mg Po QD
 FUCIDIN apply to area BID
 R #30 g R PRN
 Continue next Band-aids + Lancettes
 #100

☐ Label☐ No Substitution

Signature _____ M.D.

REPEAT

1

2

3

4

5

NF