

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

M22- 0014681

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société : _____
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____
 Nom & Prénom : KOUN - Mohamed
 Date de naissance : 06/07/1950
 Adresse : Casablanca
 Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Myriam ABIKHZER

5950, Côte-des-Neiges, #350
 Montréal Qc, H3S-1Z6
 Tél : 514-733-0987 / 514-733-9192
 Fax : 514-733-7704

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : 20 / 02 / 2023
 Nom et prénom du malade : ABOU KOUN - mohamed Age : 73
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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 : 28 / 02 / 23
 Signature de l'adhérent(e) : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
2023/02/20	consultation	9		Dr. Myriam ABIKHZER 5950, Côte-des-Neiges, #350 Montréal, Qc, H3S-1Z6 Tél : 514-733-0987 / 514-733-9192 Fax : 514-733-7704

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DAMEL ABIKHZER 1001 Boul Decarie MTL, QC H4A3J1	22/04/2023	\$ 189.40

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
		A M	P C	I M	I V	

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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Myriam ABIKHZER, M.D.C.M., C.C.F.P.
Médecine Familiale - Family Medicine
5950 Côte-des-Neiges #350
Montréal, PQ H3S 1Z6

LIC #06252

Tel: 514-733-0987

Fax: 514-733-7704

Name Koun Mohamed Age

Mohamed Koun
103 rue Bella-Vista
Saint-Basile-le-Grand
QC J3N1L1 (514) 208-1602
1950-07-06 KQUM50070617

ate 2023/08/20

① Gallopurinol 100mg po qd

② glucophage 850mg po tid

③ Lanxettes/Bandelettes

④ Dyazide 100 po qd
25/50

(give for 3 months) 1 month
Rec x 2

☐ Label

☐ No Substitution

Signature

Dr. Myriam ABIKHZER
5950 Côte-des-Neiges, #350
Montréal, Qc H3S-1Z6

M.D.

Repeat

Tél: 514-733-0987 / 514-733-8102

NR

Fax : 514-733-7704

COPY

RXS220921102281748



Pharmacie Daniel Abikhzer Inc.
(514) 598-1888
1001 Boul. Décarie
Montréal, H4A 3J1
Téléc. : (514) 598-1889

Koun Mohamed
(514) 208-1602 KOUN50070617
103 rue Bella-Vista
Saint-Basile-le-Grand QC J3N 1L1

**REÇU
OFFICIEL**

2023-02-22 15:18



Pharmacie Daniel Abikhzer Inc.
(514) 598-1888
1001 Boul. Décarie
Montréal, H4A 3J1
Téléc. : (514) 598-1889

Koun Mohamed
(514) 208-1602 KOUN50070617
103 rue Bella-Vista
Saint-Basile-le-Grand QC J3N 1L1

**REÇU
OFFICIEL**

2023-02-22 15:18

90 APO ALLOPURINOL 100MG COMPRIME

No Rx 00005-819 DIN 02402769
MYRIAM ABIKHZER

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
7,48	7,02	0,46	7,48	15,39
Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		À PAYER
Franchise	Coass.			
22,87				22,87

270 PMS METFORMIN 850MG COMPRIME

No Rx 00005-820 DIN 02242589
MYRIAM ABIKHZER

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
9,75	9,16	0,59	9,75	32,85
Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		À PAYER
Franchise	Coass.			
42,60				42,60

90 APO TRIAZIDE 25+50MG COMPRIME

No Rx 00005-822 DIN 00441775
MYRIAM ABIKHZER

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
5,83	5,47	0,36	5,83	14,62
Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		À PAYER
Franchise	Coass.			
20,45				20,45

No: 10010705

ORIGINAL 1 de 4

Voir total à percevoir sur les reçus suivants

100 ASCENSIA CONTOUR NEXT BANDELETTE

No Rx 00005-823 DIN 99100849
MYRIAM ABIKHZER

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
74,43	69,89	4,54	74,43	16,50
Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		À PAYER
Franchise	Coass.			
90,93				90,93

100 MICROLET D'ASCENSIA LANCETTE

No Rx 00005-824 DIN 00964034
MYRIAM ABIKHZER

Prix RGAM	Coût du médicament	Coûtant distributeur	Coûtant total	Honoraires prof.
12,55				
Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré		À PAYER
Franchise	Coass.			
12,55				12,55

No: 10010705

1001070590100018940

ORIGINAL 2 de 4



Total : 189,40\$



LA SOCIÉTÉ D'IMPRESSION
1-877-335-1022



LA SOCIÉTÉ D'IMPRESSION
1-877-335-1022