

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 Ma

164785 N° W21-804267
~~164785~~

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUJOU Mohamed

Date de naissance : 26 / 12 / 1957

Adresse : 301-559 Rue Saint-Louis
LAVAL (QC) H7V 0C5

Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : CAD 5739 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TALBI Nadia 52

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente de
avoir pris connaissance de la charte relative à la protection des données personnelles

Fait à : LAVAL (QC) Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

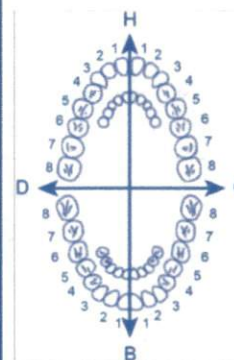
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien El-Achkar, Jetha, Merrouni ou du Fournisseur	Date
Pharmaciens, Affiliés à	Pharmaprix
Centre commercial	St-Martin
965, Boul. Curé-Labelle	
Arr: Chomedey, Laval QC H7V 2W7	
29/10/23 57,39\$	57,39\$

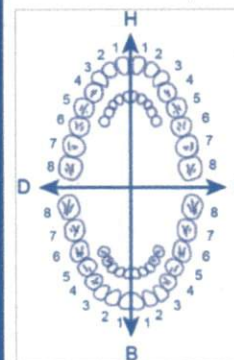
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT



Pharmacie El-Achkar, Jetha et
Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 971-9092

Date: 2023/05/29 20H39

RAMQ: TALN 7153 1410 /



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	
60.0 1673-641 02-509-415	AP0 SITAGLIPTIN METFORMIN 500mg-50mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4510472989 002720	Mai-23 53.32 / 43.42	53.37	34.69	0.00	18.68	18.68
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 41.10 2.67			43.77	9.60	43.77		
30.0 1673-321 02-461-331	SANDOZ-GLICLAZIDE MR 60mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4510472991 002721	Mai-23 57.39 / 39.35	11.62	7.55	0.00	4.07	4.07
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 1.90 0.12			2.02	9.60	2.02		

No: 1699773
ORIGINAL
Reçu 3 de 3



Passera: 29/05/2023 à 00:20
* PASSERA À: _____ *

Total: 57.39\$

REÇU OFFICIEL



Pharmacie El-Achkar, Jetha et
Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 – 450-681-1683

Talbi Nadja
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 971-9092

Date: 2023/05/29 20H39

RAMQ: TALN 7153 1410 /



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
4.0 1673-644 00-821-772	D-TABS 10000UI Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4510472981 002718	Mai-23 29.77 / 66.97	9.85	6.40	0.00	3.45	3.45
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 0.84 0.05			0.89	8.96	0.89		
30.0 1673-643 02-354-616	TEVA-ROSUVASTATIN 10mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : RAMQ 4510472985 002719	Mai-23 34.64 / 62.10	13.92	9.05	0.00	4.87	4.87
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 4.06 0.26			4.32	9.60	4.32		

No: 1699773
ORIGINAL
Reçu 2 de 3

Passera: 29/05/2023 à 00:20
* PASSERA À: _____ *

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

Talbi Nadia
301-559 rue Saint-Louis
Laval, QC
H7V-0C5, 514 971-9092

Date: 2023/05/29 20H39

RAMQ: TALN 7153 1410 /



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
30.0 1745-539 02-519-720	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. D.Antaki Acceptée : RAMQ 4510489030 0027 16	Mai-23 17.77 / 78.97	17.77	0.00	17.77	0.00	17.77
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 7.67 0.50			8.17	9.60	8.17		
30.0 1745-538 02-481-642	PERINDOPRIL ERBUMINE 4mg Comp. D.Antaki Acceptée : RAMQ 4510487716 0027 17	Mai-23 26.32 / 70.42	16.12	7.57	4.48	4.07	8.55
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 6.13 0.40			6.53	9.59	6.53		

No: 1699773

ORIGINAL

Reçu 1 de 3

Passera: 29/05/2023 à 00:20

* PASSERA À: _____ *

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

Clinique de Medecine Familiale

1875 Rue Maurice-Gauvin Suite 102

Laval H7S2M5

Tél: 450-902-0943 Fax: 450-902-0919

TALBI NADIA

Confidentiel

Nam: TALN 7153 1410

Exp: 24.12

Dossier #

Nais: 1971-03-14 Sexe F

Père:

A 22236

Tél.: 514-971-9092 CELL 450-241-2575

559 ST-LOUIS APT 301, LAVAL, H7V 0C5

Hopital #

Liste des allergies et intolérances

Aucune allergie connue

Rx-Ordonnance

lundi 31 octobre 2022

DSQ

Janumet 500+50mg comprimé

prenez 1 comprimé 2 fois par jour matin et soir en mangeant #60 X30j Ren: 12

DSQ

Rosuvastatin 10mg comprimé

prenez 1 comprimé 1 fois par jour même heure chaque jour au coucher #30 X30j Ren: 12

DSQ

D tabs 10,000ui comprimé

prenez 1 comprimé une fois par semaine, même jour chaque semaine #4 X28j Ren: 12

DSQ

Diamicron mr 60mg COMPRIME-24H

1 co DIE x 30j #30 Ren: 12

rehabilitation 04004

Nacera Dre Chabane Chaouch, md # 104004



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



1745-539

Ad: 2024/04/27

02-464-020

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR

Talbi Nadia

442-304 Ph: D.Antaki

Servi:

2023/05/29

Jeter:

2024/05/26



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



1673-641

Ad: 2023/10/31

02-503-956

60 SANDOZ SITAGLIPTIN METFOR (500mg-50

PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR MATIN ET SOIR EN MANGEANT *EN 150*

Talbi Nadia

N104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter:

Servi:

2023/05/29

2024/05/26



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



1745-538

Ad: 2024/04/27

02-481-642

30 PERINDOPRIL ERBUMINE (4mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR

Talbi Nadia

442-304 Ph: D.Antaki

Servi:

2023/05/29

Jeter:

2024/05/26



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



1673-321

Ad: 2023/10/31

02-524-864

30 GLICLAZIDE MR (60mg) Comp. L.A.

PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR AU DEJEUNER

Talbi Nadia

N104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter:

Servi:

2023/05/29

2024/05/26



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



1673-643

Ad: 2023/10/31

02-354-616

30 TEVA-ROSUVASTATIN (10mg) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR AU COUCHER

Talbi Nadia

N104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter:

Servi:

2023/05/29

2024/05/26



Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni

965-T Boul Curé-Labelle, Laval

H7V 2V7 -- 450-681-1683

REP



1673-644

Ad: 2023/10/31

00-821-772

4 D-TABS (10000UI) Comp.

PRENEZ 1 COMPRIMÉ UNE FOIS PAR SEMAINE, MÊME JOUR CHAQUE SEMAINE *VITAMINE D*

Talbi Nadia

N104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter:

Servi:

2023/05/29

2024/05/26

DOSSIER PATIENT

Pharmacie El-Achkar, Jetha et Merrouni
965-T Boul Curé-Labelle, Laval
H7V 2V7 -- 450-681-1683

PATIENT: TALBI NADIA

Adresse: 301-559 rue Saint-Louis
Ville: Laval
Téléphone: (514)971-9092
Code Postal: H7V 0C5
Allergie(s): Pas d'allergie déclarée

Sexe: F **Langue:** Français
Naissance: 1971/03/14 **Age:** 51 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
2021/09/05	1504-218 Non Servie	100,0	CONTOUR NEXT Bandelette	FS	SELON LES DIRECTIVES DU MÉDECIN	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	100/0 30 Ad: 2022/04/08
2022/09/26	1649-144	60,0	JANUMET 500mg-50mg Comp.	NS	PRENEZ 1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR MATIN ET SOIR EN MANGEANT *EN 150*	T.HUYNH (4241865)	1/0 30 Ad: 2023/09/26
2022/09/26 Orig: 2022/01/13	1549-841	30,0	PERINDOPRIL ERBUMINE 4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	5/8 30 Ad: 2023/01/13
2022/09/26 Orig: 2022/01/13	1549-829	4,0	D-TABS 10000UI Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ UNE FOIS PAR SEMAINE, MÊME JOUR CHAQUE SEMAINE *VITAMINE D*	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	92/7 28 Ad: 2023/01/13
2022/09/26 Orig: 2022/02/12	1549-828	30,0	PERINDOPRIL/IND APAMIDE 1.25mg-4mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	4/7 30 Ad: 2023/01/13
2022/09/26 Orig: 2022/01/11	1548-869	30,0	ROSUVASTATIN 10mg Comp.	RS	PRENEZ 1 COMPRIMÉ 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR AU COUCHER	N.CHABANE-CHAOUC (1040047)	6/6 30 Ad: 2022/12/14
2021/11/12	1527-262	84,0	JAMP-ACETAMINO PHENE 500mg Caplet	NS	PRENEZ 2 COMPRIMES (=1000MG) 3 FOIS PAR JOUR ENVIRON AUX 8 HEURES POUR 14 JOURS QUIVALENT TYLENOL	A.MESSIER (1011477)	1/0 14 Ad: 2022/11/12