

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0005535

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HACHEM OTHMAN / 64587
Date de naissance : 07/03/1943
Adresse : 5 BIS RUE EL BACHA BACHIC CABA
Tél : 066791267 Total des frais engagés : 99,25 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : HACHEM OTHMAN Age : 80 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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 : CABA Le : 09/06/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
	2x/5/23	CAD 78,39
	28/5/23	CAD 20,86

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

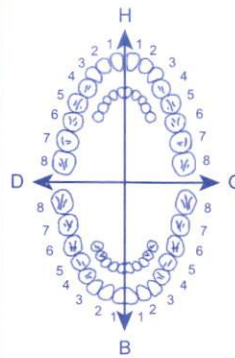
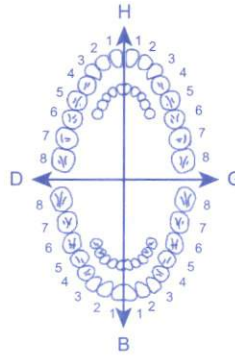
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

PHARMACIE MAHER BITAR, VALERIE SAVOIE-ROSAY ET JEAN COUTU INC.

1675 Rue Ste-Catherine O Montréal (Québec) H3H 1L9

L'original ne sera pas utilisé

T. Monique



**Clinique Médicale
Diamant**

5885 Côte-des-Neiges, bur. 401, Montréal (Québec) H3S 2T2
Tél.: (514) 731-5994 Fax: (514) 731-9130

Clinique Médicale Diamant

Date: 17 avril 2023

NAM: HACO 4303 0710 Exp.: 2031-03

Nom: Omar Hachem

DDN: 7 mars 1943

Tel: (514) 773-2972

Allergies: Aucune

Poids: 78 kg

→ Luxa D 2000IU capsule - Qté.: 30 caps - Ren.: 12

1 cap once daily

Ach Atorvastatin 40mg comprimé - Qté.: 30 co - Ren.: 12

1 co DIE x 30 Jour(s)

Aspirin 81 Enterique 81mg comp. ent. - Qté.: 60 co - Ren.: 12

2 co Daily

Act Amlodipine 10mg tablet - Qté.: 30 co - Ren.: 12

1 tab once daily PM

CESSER Act Pantoprazole 40mg enteric tab. - Ren.: 0

*** CESSER ***

DEXILANT 60MG CAPSULE ENT. - Qté.: 30 co - Ren.: 0 - Exception: PP205

1 cap DIE

T. Monique

Dr TRUONG, HONG BAO SON

Médecin

1004860

5885 ch de la Côtes-des-Neiges, bur. 401, Montréal (Québec) H3S 2T2

Téléphone: (514) 731-5994 | Télécopieur: (514) 731-9130

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

Imprimé le 2023-04-17 08:48:39 par Hong Bao Son Truong

Page 1 / 1

7.26 1 2023-04-17 08:50



Pharmicien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9
514-933-4221

Pharmicien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

HACHEM, OMAR4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 51.25 (D) 0.00
4 67769 47197 5

Pharmicien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

HACHEM, OMAR4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 19.61 (D) 0.00
4 67769 47198 2

Pharmicien(s) affilié(s) à

**PHARMACIE M.BITAR,V.SAVOIE-ROSAY & INC.**1675, Ste-Catherine Ouest
Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

HACHEM, OMAR4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 7.53 (D) 0.00
4 67769 47199 9**HACHEM****OMAR**4850 Cote Des Neiges #1506
Montreal, Qc, QC

Comptoir



514-773-2972

Total 3 Rx**78.39 \$**

Imprimé le : 27 mai 2023 11:28

4 70014 28140 3

60

90 APO ATORVASTATIN 40 MG, CODr TRUONG, H. (100486)
Qté: 300 Éch: 17 avr. 2025Rx **2068500-0068**
27 mai 2023
DIN 02295296Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
51.25	RAMQ	51.25	0.00	51.25	0.00	0.00 \$

Total à payer 51.25 \$

RAMQ Réf: 4508863291-884097

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
- DATE PREVUE RENOUV.: 2023/06/07
- ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
21.08	1.37	22.45	28.80	22.45	51.25

180 JAMP ASA EC 80 MG, CODr TRUONG, H. (100486)
Qté: 600 Éch: 17 avr. 2025Rx **2068501-0068**
27 mai 2023
DIN 02283905Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
38.96	RAMQ	38.96	0.00	9.20	10.41	19.35 \$

Total à payer 19.61 \$

RAMQ Réf: 4508865186-884098

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
- ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
9.54	0.62	10.16	28.80	10.16	19.61

30 DEXILANT 60 MG, CAPSDr TRUONG, H. (100486)
Non renouvelableRx **2068508-0068**
27 mai 2023
DIN 02354969Montant résiduel RAMQ: 12.79 \$
Contributions à ce jour: 42.29 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
21.51	RAMQ	21.51	0.00	0.00	7.53	13.98 \$

Total à payer 7.53 \$

RAMQ Réf: 4508862527-884099

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
10.88	0.71	11.59	9.92	11.59	7.53



Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR, V.SAVOIE-ROSAY & INC.

1675, Ste-Catherine Ouest

Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221



Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

PHARMACIE M.BITAR, V.SAVOIE-ROSAY & INC.

1675, Ste-Catherine Ouest

Montreal, QC, H3H1L9

514-933-4221

HACHEM, OMAR

4850 Cote Des Neiges #1506

Montreal, Qc, QC

514-773-2972

(A) 101 (B)
(C) 20.86 (D) 0.00
4 67774 23102 1**HACHEM****OMAR**

4850 Cote Des Neiges #1506

Montreal, Qc, QC

Comptoir



514-773-2972

Total 1 Rx**20.86 \$**

Imprimé le : 28 mai 2023 18:47

4 70014 28499 2

01

90 SANDOZ AMLODIPINE 10 MG, CO

Dr TRUONG, H. (100486)

Qté: 300 Éch: 17 avr. 2025

Rx 2068502-0068

28 mai 2023

DIN 02284391

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
47.90	RAMQ	47.90	0.00	6.30	14.56	27.04 \$

Total à payer 20.86 \$

RAMQ Réf: 4509330649-884675

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

DATE PREVUE RENOUV.: 2023/06/07

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
17.93	1.17	19.10	28.80	19.10	20.86

Regu Original