

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- 0032206

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 918 Société : *Retraite*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : *Retraite*
Nom & Prénom : BARKAK MUSTAPHA
Date de naissance : 1949
Adresse : Salmia 2, Rue 2 Imm 23 app 2 CASABLANCA
Tél : 0702290580 Total des frais engagés : 56,17 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : *montreal / canada* Le : 23 / 07 / 2023
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 - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien Pharmacie E. VanHoeenacker 901 Ste-Catherine Est Montréal Qc H2L 2E5 Tel: 514-842-4915 Fax: 514-842-9893	P.B. Tremblay 23 juillet 2023	Montant de la Facture 56,17 \$

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

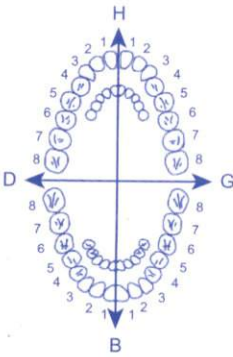
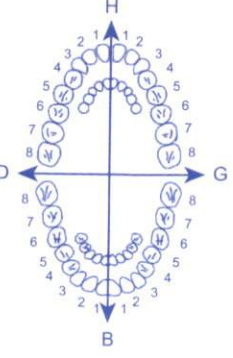
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<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>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'ODF.

[illegible]

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 ERIC VAN HOENACKER ET PIERRE-BENOIT TREMBLAY

901 Rue Ste-Catherine E Montréal (Québec) H2L 2E5

L'original ne sera pas utilisé

J. Leroux

COPIE



Clinique Médicale Angus

Date: 20 mars 2023

NAM: BARM 4901 0110 Exp.: 2029-01

Nom: Mustapha Barkak

DDN: 1 janvier 1949

Tel.: (514) 284-0853

Allergies: Aucune

Poids: 77,75 kg

Bandelettes et lancettes pour glycémie capillaire - Ren.: 24

#100, ren x 24 mois

↑ REPAGLINIDE 0.5 MG COMPRIME - Ren.: 24

PRENEZ 1 à 2 COMPRIMES 3 FOIS PAR JOUR, selon la glycémie

JENTADUETO 500+2.5 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR AU DEJEUNER ET AU SOUPER (CODE EN150)

AMLODIPINE ATORVASTATIN 10+40 MG COMPRIME - Ren.: 24

PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER REGULIEREMENT

BISOPROLOL 10 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER

IRBESARTAN 300 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN

FER-SULFATE 300 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR

JARDIANCE 25 MG COMPRIME - Ren.: 24

1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR

code en148

Dex4 Glucose 4g comp.croq. - Ren.: 24

4 co po si hypoglycémie, ren x 24 mois

Tous ren x 24 mois, merci - Ren.: 0

Tel que prescrit

COPIE

J. Leroux

Dre Leroux-Stewart, Josée

Médecin

1158310

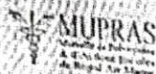
2601 William Tremblay, Bureau 200 Montréal (Québec) H1Y 0E2
Téléphone: (514) 807-2333 | Télécopieur: (514) 596-1821

Ce document est confidentiel et ne peut être consulté que par l'utilisateur qui y est mentionné.
Imprimé le 2023-03-20 13:22:05 par Josée Leroux-Stewart

Page 1 / 1

Heure de réception Mar. 20. 2023 1:23PM N° 4705

Copie



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/03/2023

Nom et prénom :

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

BARKAK MUSTAPHA

Matricule :

918

N° CIN : B131124

Adresse :

Salma 2 Rue 2 imm 23 app 2 CASABLANCA

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr JOSEEL CERAS STUART

Spécialité :

endocrinologue

N° ICE :

CNO #1158310

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Mustapha Barkak

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ à vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diabète de type 2 depuis 2015, A1C 7,2% en mars 2021.

Dont ci-joint ordonnance :

patient sous repaglinide / xudiano / sentadualo.

Traitement prescrit :

Augmentons la dose de repaglinide à 300.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Montréal le 20/03/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Clinique médicale Avenir

JOSEEL 1158310

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 98-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Annexe « B »
Formulaire de résiliation

À :
(nom de la responsable ou du parent)

Adresse :
.....

Date :
(date d'envoi de la formule de résiliation)

En vertu de l'article 193 de la Loi sur la protection du consommateur

Conclu le :
(date de la fin du contrat)

À :



Pharmacie Van Hoenacker et Tr

901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5, 514-842-4915



1360-427

30 BISOPROLOL (10mg) Comp.

Ad: 2025/03/19

22

02-391-597

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



BARKAK MUSTAPHA

Servi:

2023/07/23

115-831 Dr. J.LEROUX-STE Jeter:

2024/07/20



Pharmacie Van Hoenacker et Tr

901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5, 514-842-4915



1360-428

30 IRBESARTAN (300mg) Comp.

Ad: 2025/03/19

22

02-372-398

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR
JOUR LE MATIN
(PRESSION)**



BARKAK MUSTAPHA

Servi:

2023/07/23

115-831 Dr. J.LEROUX-STE Jeter:

2024/07/20



Pharmacie Van Hoenacker et Tr

901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5, 514-842-4915



1360-439

30 JARDIANCE (25mg) Comp.

Ad: 2025/03/19

22

02-443-945

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR
MEME HEURE CHAQUE JOUR
EN148**



BARKAK MUSTAPHA

Servi:

2023/07/23

115-831 Dr. J.LEROUX-STE Jeter:

2024/07/20



Pharmacie Van Hoemaker et Tremblay
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5, 514-842-4915

BARKAK MUSTAPHA
1585 DE LA VISITATION
MONTREAL, QC
H2L-3C2, 514 284-0853

Date: 2023/07/23 17H59

RAMQ: BARM 4901 0110



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
180.0 1360-420 02-424-258	AURO-REPAGLINIDE 0.5mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4553334436 007222	Jul-23 56.17 / 0.00	25.09	25.09	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur		Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
par le pharmacien 14.55		0.95	15.50	9.59	15.50		
30.0 1347-981 02-445-077	FINASTERIDE 5mg Comp. T.LEBEAU Acceptée : RAMQ 4553334437 007223	Jul-23 56.17 / 0.00	20.80	20.80	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur		Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
par le pharmacien 10.53		0.68	11.21	9.59	11.20		
30.0 1347-980 02-427-117	TAMSULOSIN CR 0.4mg Comp. L.A. T.LEBEAU Acceptée : RAMQ 4553334438 007224	Jul-23 56.17 / 0.00	14.39	14.39	0.00	0.00	0.00
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur		Total	Hon Prof.	Prix RGAM			
par le pharmacien 4.50		0.29	4.79	9.60	4.79		

No: 1783260
ORIGINAL
Reçu 3 de 3



Passera: 23/07/2023 à 00:17
NULL

Total: 56.17\$

REÇU OFFICIEL



Pharmacie Van Hoenacker et Tremblay
901 Rue Sainte-Catherine Est, Montreal
H2L 2E5, 514-842-4915

BARKAK MUSTAPHA
1585 DE LA VISITATION
MONTREAL, QC
H2L-3C2, 514 284-0853

Date: 2023/07/23 17H59

RAMQ: BARM 4901 0110



Quantite 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 1360-439 02-443-945	JARDIANCE 25mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4553334430 007217	Jul-23 46.11 / 10.06	93.24	47.13	22.90	23.21	46.11
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	78.52	5.11	83.63	9.61	83.64		
30.0 1360-428 02-372-398	IRBESARTAN 300mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4553334431 007218	Jul-23 51.68 / 4.49	16.89	11.32	0.00	5.57	5.57
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	6.85	0.44	7.29	9.60	7.29		
30.0 1360-427 02-391-597	BISOPROLOL 10mg Comp. J.LEROUX-STEWART Acceptée : RAMQ 4553334432 007219	Jul-23 55.78 / 0.39	12.43	8.33	0.00	4.10	4.10
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	2.66	0.17	2.83	9.60	2.83		

No: 1783260
ORIGINAL
Reçu 1 de 3

Passera: 23/07/2023 à 00:17
NULL

Voir total dernière page

REÇU OFFICIEL

PHARMAPRIX 

pharmaprix.ca

Il est facile d'échanger vos points *PC Optimum*!

Chaque tranche de 10 000 points équivaut à 10 \$ de RÉCOMPENSES GRATUITES.

POINTS	VALEUR D'ÉCHANGE
10 000	10 \$
20 000	20 \$
30 000	30 \$
Et vous pouvez échanger jusqu'à...	
500 000	500 \$

Accumulez des points encore plus rapidement avec la carte de crédit Mastercard^{MD} Services financiers le Choix du Président^{MD}. Pour en savoir plus, visitez le site pcfinance.ca.



optimum

pcoptimum.ca

OBTENEZ DES RÉCOMPENSES À VOTRE IMAGE.

Inscrivez-vous au programme *PC Optimum* et obtenez des récompenses conçues pour vous, des invitations à des événements exclusifs ainsi que des offres spéciales sur les produits que vous achetez le plus souvent. Inscrivez-vous à pcoptimum.ca.

Obtenez un remboursement ou un échange dans les 30 jours suivant la date d'achat initiale. Les remboursements sont effectués selon le mode de paiement initial. Renseignez-vous en magasin ou en ligne à pharmaprix.ca pour connaître la politique de remboursement complète et les exclusions.

PHARMAPRIX 

pharmaprix.ca

Il est facile d'échanger vos points *PC Optimum*!

Chaque tranche de 10 000 points équivaut à 10 \$ de RÉCOMPENSES GRATUITES.

TREMBLAY VAN HOENACKER

TREMBLAY VAN HOENACKER

901 STE CATHERINE EST, MONTREAL, QC, H2L 2E5
514-842-4915

Jui. 23, 2023 6:22 PM

0029 1001 286734 500002 3

ORDONNANCE 56,17 N X 56,17

SOUS-TOTAL: 56,17

TOTAL: \$56,17

1 Article

CARTE DE DÉBIT

56,17

TPS #: 31872 0955RT0002 TVQ #: 1213948713T0
0002



9990200291001002867349

Partagez votre opinion sur notre magasin!

Rendez-vous sur www.pharmaprixsondage.com

ou composez le 1-800-701-9163. Courez la

chance de gagner l'un des 2 prix mensuels de
1 million de points PC Optimum ou de 1 000 \$

en cartes-cadeaux. Consultez le

www.pharmaprixsondage.com pour

tous les règlements du concours.

Numéro de certificat: 02606201-2039814

Conservez reçu pour retour dans les 30
jours. Visitez pharmaprix.ca des exclusions.

TYPE: ACHAT

COMPTE: CHEQUE

56,17 CAD\$

Type de carte: DEBIT

NUMERO CARTE: *****0652 C

DATE/HEURE: 23/07/23 18:22:11

NUMERO REF: 0010019800

AUTOR #: 007773

INTERAC

A0000002771010 0080008000 E800

00/001 APPROUEE - MERCI

VERIFIEE PAR NIP

-- IMPORTANT

Conserver cette copie pour vos dossiers.

*** COPIE DU CLIENT ***