

# 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 Maladie : N° P19- 0008815

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : MUPRAS AM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUSTOU Mohamed Date de naissance : 26.12.1957  
 Adresse : 17-2400 BOUL de SEP. Renaissance LAVAL QC  
 Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : 724 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Mohamed Moustou Age : 61  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète insulino-dépendant  
 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 : LAVAL (QC) Le : 28/06/2013

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Dr. H. Khama</b> <b>Pharmacie Ste-Rose</b> <b>6-Labellie</b> <b>Sec, H7L 0A4</b> <b>2913 poste 10</b> <b>625-4599</b>	2019/06/28	61,86\$

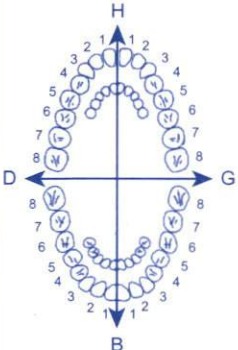
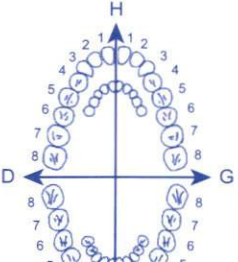
[illegible][illegible]

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRE	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: right;">H 25533412 00000000 D</div> <div style="text-align: left;">21433552 00000000 G 00000000 35533411 B</div> </div>			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>

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 canalaire, ainsi que le bilan de l

[illegible]


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<b>H</b> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	<b>G</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
	25533412	21433552					
	00000000	00000000					
	<b>D</b> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
00000000	00000000						
35533411	11433553						
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>				




**YVONNE KHAMLA** PHARMACIENNE  
 334 CURÉ-LABELLE  
 STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7  
**450-625-2913**


0248-101

Ad: 2020/10/24 8

30 JANUMET XR (1000mg-50mg) Comp. L.A.

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR AU MILIEU DU REPAS**

MOUJLOUD MOHAMED Servi: 2019/06/28  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/06/25




**YVONNE KHAMLA** PHARMACIENNE  
 334 CURÉ-LABELLE  
 STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7  
**450-625-2913**


0248-097

Ad: 2020/10/24 6

5 APDRA SOLOSTAR (100UI/ml) Stylo

**20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS  
PAR JOUR LE MATIN**

MOUJLOUD MOHAMED Servi: 2019/06/28  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2019/07/26




**YVONNE KHAMLA** PHARMACIENNE  
 334 CURÉ-LABELLE  
 STE-ROSE, LAVAL, QC H7L 4T7  
**450-625-2913**


0248-103

Ad: 2020/10/24 6

30 PERINDOPRIL/INDAPAMIDE (1.25mg-4mg)

**PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR  
JOUR LE MATIN**

MOUJLOUD MOHAMED Servi: 2019/06/28  
104-004 Dr: N.CHABANE-C Jeter: 2020/06/25



# ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES (PROFIL)

22237



**Yvonne Khamla**  
pharmacienne

334, Rue Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval  
(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599

**MOUJOU MOHAMED**  
17-2400 boulevard de la R  
Laval, QC  
H7L-4L1, 514 546-8508

RAMQ: MOUM 5712 2612 /

Nai: 1957/12/26

Age: 60 Ans

Sexe: M

Taille:

Poids:

CICr:

Imprimé le : 2018/10/22



Ét:

Ch:

Lit:

Allergies/Intolérances: Pas d'allergie déclarée

Pathologies:

Nom du médicament Posologie	Heures de prise	Arrêt	Signature médecin
Indications 0179-676 APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 20 UNITES SOUSCUTANEE 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN		Date <input type="checkbox"/>	a p... x 1 an
Orig : 2016/12/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2017/12/12		
0186-248 ROSUVASTATIN 10mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER		<input type="checkbox"/>	Rx 12
Orig : 2017/02/20 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2018/02/20		
0179-673 LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml Stylo 18 UNITES SOUSCUTANEE AU COUCHER		<input type="checkbox"/>	
Orig : 2016/12/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2017/12/12		
0202-713 AIGUILLE ULTRA-FINE III 5mm Cal.31 BD AIGUILLES 5MM 31G		<input type="checkbox"/>	
Orig : 2017/08/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2018/08/12		
0186-247 JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU MILIEU DU REPAS ##EN150##		<input type="checkbox"/>	
Orig : 2017/02/20 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2018/02/20		
0214-300 ASA EC 80mg Comp. Entér. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR MEME HEURE CHAQUE JOUR		<input type="checkbox"/>	
Orig : 2017/12/04 L.TRUELLE (1832617)	Valide jusqu'au: 2018/12/04		
0179-671 COVERSIL PLUS 1.25mg-4mg Comp. PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN		<input type="checkbox"/>	
Orig : 2016/12/12 N.CHABANE-CHAOUCH (1040047)	Valide jusqu'au: 2017/12/12		
0214-301 MYLAN-NITRO SL SPRAY 0.4mg/dose Pulv. Sub-Ling. 1 VAPORISATION SOUS LA LANGUE SI DOULEUR THORACIQUE "REPETER APRES 5 MINUTES SI BESOIN" (MAX:3 VAPORISATIONS EN 15 MINUTES)		<input type="checkbox"/>	rec
Orig : 2017/12/04 L.TRUELLE (1832617)	Valide jusqu'au: 2018/12/04		
Dr. N. Chabane Chaouch 04004 1875, Maurice Gauvin, bur. 102 Laval, Qc H7S 2M5 Tél.: 450-902-0943 Fax: 450-902-0919	chabane 04004	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

Je certifie que cette copie est conforme  
à l'original

**Pharmacie Yvonne Khamla**  
Affiliée à Pharmaprix Ste-Rose  
334, Curé-Labelle  
Laval, Québec, H7L 0A4  
Tél.: 450-625-2913 poste 10  
Fax: 450-625-4599



Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2019/06/28 21H23



334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval H7L 2A4

(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

RAMQ: MOUM 5712 2612

H7L-4L1, 514 546-8508

Quantité Prescrit DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant ASSUREUR	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	A PAYER	
30.0 0248-103 02-464-020	PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 1.25mg-4mg Comp. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : 00-882806291-008259	Jun-19 61.86 / 28.72	25.64	16.69	0.00	8.95	8.95
Prix coûtant payé par le pharmacien	Pour médicament	Au distributeur	Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
	15.34	1.00	16.34	9.30	16.34		

No: 0388163

ORIGINAL

Reçu 2 de 2

Passera: 28/06/2019 à 00:21

Merci de nous faire confiance

Total: 61.86\$

REÇU OFFICIEL

# COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

**Prix RGAM:** prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

**Montant non assuré:** montant non couvert ou refusé par l'assureur



## Honoraires professionnels

*composés de:*



### Consultation pharmaceutique

*(Validation de l'ordonnance, analyse du dossier et service-conseil)*



### Préparation et vérification du médicament



### Responsabilité professionnelle et surveillance de la thérapie



### Dépenses courantes

*(Salaires, loyer, électricité, équipement informatique, frais financiers, etc.)*







Yvonne Khamla pharmacienne

MOUJOURD MOHAMED

Date: 2019/06/28 21H23

334 Boul. Curé-Labelle, Sainte-Rose, Laval 17-2400 boulevard de la R

(450) 625-2913, Fax (450) 625-4599 Laval, QC

RAMQ: MOUM 5712 2612

H7L-4L1, 514 546-8508



Quantité du de RA DIN	Nom du médicament Prescripteur No de référence	Période cumul / res	Montant RA	Montant ASSURÉ	Contribution de l'assuré		
					Franchise Coass.	À PAYER	
5.0 0248-097 02-294-346	APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml Stylo N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : 00-882806294-008257	Jun-19 34.39 / 56.19	61.43	27.04	19.90	14.49	34.39
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 49.00 3.19			52.19	9.24	52.19		
30.0 0248-101 02-416-794	JANUMET XR 1000mg-50mg Comp. L.A. N.CHABANE-CHAOUCH Acceptée : 00-882806292-008258	Jun-19 52.91 / 37.67	53.07	34.55	0.00	18.52	18.52
Prix coûtant payé Pour médicament Au distributeur			Total	Hon Prof.	Prix RGAM		
par le pharmacien 41.10 2.67			43.77	9.30	43.77		

No: 0388163

Passera: 28/06/2019 à 00:21

Voir total dernière page

ORIGINAL

Merci de nous faire confiance

Reçu 1 de 2

REÇU OFFICIEL

# COMPRENDRE LES NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE VOTRE FACTURE

**Prix RGAM:** prix du médicament assumé par le Régime général d'assurance médicaments

**Montant non assuré:** montant non couvert ou refusé par l'assureur



## Honoraires professionnels

*composés de:*



### Consultation pharmaceutique

*(Validation de l'ordonnance, analyse  
du dossier et service-conseil)*



### Préparation et vérification du médicament



### Responsabilité professionnelle et surveillance de la thérapie



### Dépenses courantes

*(Salaires, loyer, électricité, équipement  
informatique, frais financiers, etc.)*

