

## 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° W19-445645

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0629 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : HACHEM Othar

Date de naissance : 07/03/1943

Adresse : 5 Bis RUE IBNOU BABER CASA

Tél. : 05 22 67 77 77 Total des frais engagés : CAS 109,34 Dhs

0667 412 67

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 06/09/2019

Nom et prénom du malade : SADIQ MAHMOUD HACHEM Age : 67

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ARTHRITE MURASOIDE A.T. Hypertension artérielle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Hypothyroïdie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : .....

# 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
				INP : <input type="text"/>

*Acte dentaire*

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PJC JEAN COUTU #068</b> 1675, Ste-Catherine Ouest Montréal (Québec) H3H 1L9 tél. 514 933-4221		<b>109,34</b>

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

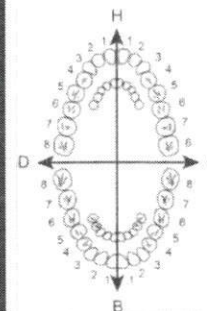
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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	INP : <input type="text"/>



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	11433553
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Pharmicien(s) affilié(s) à  
**Jean Coutu**

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



Pharmicien(s) affilié(s) à  
**Jean Coutu**

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

**SADIQ, HALIMA (HACHEM)**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)5.69 (D)0.00  
4 61550 25538 6



Pharmicien(s) affilié(s) à  
**Jean Coutu**

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

**SADIQ, HALIMA (HACHEM)**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)3.63 (D)0.00  
4 61550 25539 3



Pharmicien(s) affilié(s) à  
**Jean Coutu**

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

**SADIQ, HALIMA (HACHEM)**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A)101 (B)  
(C)26.20 (D)0.00  
4 61550 25540 9

**SADIQ**  
**HALIMA (HACHEM)**  
4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

Comptoir



514-941-3457

Total

3 Rx

35.52 \$

Imprimé le 7 sept. 2019 16:00

4 70010 12680 7

90

**90 APO ATORVASTATIN 10 MG, CO**  
Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660756-0068**  
7 sept. 2019  
DIN 02295261

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	
42.81	RAMQ	42.81	0.00	0.00	5.69	37.12 \$

Total à payer **5.69 \$**

RAMQ Réf: 3463949079-839005

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			
15.69	1.02	16.71	26.10	16.71	5.69

**3 x 30 ASAPHEN EC 80 MG, CO**  
Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660757-0068**  
7 sept. 2019  
DIN 02238545

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	
31.47	RAMQ	31.47	0.00	0.00	3.63	27.84 \$

Total à payer **3.63 \$**

RAMQ Réf: 3463940993-839006

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			
5.04	0.33	5.37	26.10	5.37	3.63

**90 SYNTHROID 0.075 MG, CO**  
Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660758-0068**  
7 sept. 2019  
DIN 02172089

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	
31.46	RAMQ	33.46	0.00	21.94	4.26	7.26 \$

Total à payer **26.20 \$**

RAMQ Réf: 3463950014-839007

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749  
DATE PREVUE RENOUV: 2019/11/07  
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			
6.91	0.45	7.36	26.10	7.36	26.20

Reçu Original

Reçu Original

Reçu Original



(A) 101 (B)  
(C) 12.49 (D) 0.00  
4 61550 25531 7



Pharmacien(s) affilié(s) à  
**Jean Coutu**

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

**SADIQ, HALIMA (HACHEM)**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A) 101 (B)  
(C) 34.92 (D) 0.00  
4 61550 25534 8



Pharmacien(s) affilié(s) à  
**Jean Coutu**

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

**SADIQ, HALIMA (HACHEM)**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A) 101 (B)  
(C) 9.95 (D) 0.00  
4 61550 25535 5



Pharmacien(s) affilié(s) à  
**Jean Coutu**

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

**SADIQ, HALIMA (HACHEM)**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A) 101 (B)  
(C) 12.11 (D) 0.00  
4 61550 25536 2



Pharmacien(s) affilié(s) à  
**Jean Coutu**

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

**SADIQ, HALIMA (HACHEM)**

4850 Cote Des Neiges #1506  
Montreal, Qc, QC

514-941-3457



(A) 101 (B)  
(C) 16.84 (D) 0.00  
4 61550 25537 9

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels		Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total				
15.35	1.00	16.35		17.40	16.35	12.49

**24 METHOTREXATE 10 MG, CO**

Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660752-0068**  
7 sept. 2019  
DIN 02182750

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

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré
79.20	RAMQ	79.20	0.00

Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
Franchise	Co-Ass	
8.92	26.00	44.28 \$

**Total à payer 34.92 \$**

RAMQ Réf: 3463947706-839001

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749  
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (084 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
51.49	3.35	54.84	24.36	54.84	34.92

**120 JAMP ACIDE FOLIQUE 5 MG, CO**

Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660753-0068**  
7 sept. 2019  
DIN 02366061

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

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré
26.89	RAMQ	26.89	0.00

Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
Franchise	Co-Ass	
0.00	9.95	6.94 \$

**Total à payer 9.95 \$**

RAMQ Réf: 3463940798-839002

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749  
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (084 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
2.38	0.15	2.53	24.36	2.53	9.95

**90 LUXA-D 2000 UI, CAPS**

Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660754-0068**  
7 sept. 2019  
DIN 02442256

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

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré
32.74	RAMQ	32.74	0.00

Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
Franchise	Co-Ass	
0.00	12.11	20.63 \$

**Total à payer 12.11 \$**

RAMQ Réf: 3463946339-839003

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			
6.23	0.41	6.64	26.10	6.64	12.11

**90 RIVA PERINDOPRIL PLAQ 4 MG, CO**

Dr VU, T. (187307)  
Ren avant 6 déc. 2019

Rx **1660755-0068**  
7 sept. 2019  
DIN 02472023

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

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré
45.67	RAMQ	45.67	0.00

Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
Franchise	Co-Ass	
0.00	16.84	28.83 \$

**Total à payer 16.84 \$**

RAMQ Réf: 3463940936-839004

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			
18.38	1.19	19.57	26.10	19.57	16.84



# CLINIQUE MÉDICALE DIAMANT

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

☐ 5512, Côte-des-Neiges, bur: 204  
Montréal, Qc H3T 1Y9  
(métro Côte-des-Neiges)  
Tél.: (514) 737-3782  
Fax: (514) 737-2296

Nom: Halima Sadig

Rx SADH 5257 0519 Date: 06 Sept 2019

03 mois

- ① methotrexate 10mg Po BID  
(1/7 jours)
- ② A. Folique 10mg Po die  
(5/7 jours)
- ③ Luxa D 2000<sup>ui</sup> Po die
- ④ coversyl 4mg Po HS
- ⑤ Atorvastatine 10mg die
- ⑥ AAS EC 80mg Po HS
- ⑦ mynthroid 75mg die

RXS190404289649384

Dr

CD 109 34 /

No Thao Vu MD

REPETATUR	1	2	3	4	5	PRN	187307	NR
-----------	---	---	---	---	---	-----	--------	----