

## 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 ~~que~~ 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.

### Adresses Mails utiles

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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'Hopital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-808717

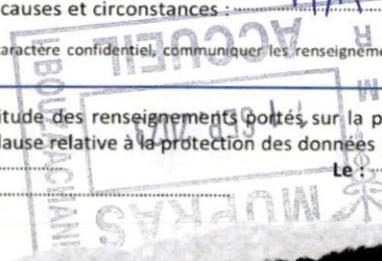
174765

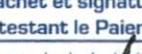
|   |                                       |   |                                 |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique            | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)  |                                       |   |                                 |
| Matricule :   | 0601                                  |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif  | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | RAN RETRAITE                    |
| Nom & Prénom : ANDOUN ABDELAÏ   |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : 1-1-1947  |                                       |   |                                 |
| Adresse : 7199 avpt 301 Rue Rousselet 14E127<br>Montreal Canada   |                                       |   |                                 |
| Télé : 514 442 1624   |                                       |   |                                 |
| Cadre réservé au  |                                       |   |                                 |
| Cachet du médecin :   |                                       |   |                                 |
| Date de consultation : 29/06/2023   |                                       |   |                                 |
| Nom et prénom du malade : Abdellai ANDOUN   |                                       |   |                                 |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                  |                                       |   |                                 |
| Nature de la maladie : DPH  |                                       |   |                                 |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : N/A  |                                       |   |                                 |
| 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



| RELEVE 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  |
| 06/18<br>2023                  | EST<br>URGENT     | 10555                 | 500.00 \$                       | INP : <input type="text"/> <br>Dr. Andrew Steinberg <input type="text"/> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |

## STEINBERG UROLOGY

6900 Boul. Decarie, Suite M265  
 Montreal, Quebec, H3X 2T8  
 T.514-312-2821 F. 514-373-8886

Steinberg Urology  
 M265-6900 boul Decarie  
 Montreal (Québec)  
 H3W 2T8  
 (514) 312-2821

Facture/Invoice

# 70038

Anoun, Abdelali  
 301-8199 rue Rousselot  
 Montréal (Qc)  
 H2E 1Z7  
 (514) 442-1604  
 ANOA 4701 0111 Exp.: 2027-01

Date

June 29, 2023

Professionnel/Professional:

**Dr Andrew Steinberg**

| Code |  | Description des services<br>Service description  | Unités<br>Units | Honoraires<br>Fees |
|------|--|--|-----------------|--------------------|
| 6555 |  | <p>SU - Urocuff</p> <p>** Non-participation notice: To beneficiaries of the health insurance plan.</p> <p>I give you notice that I am a professional not participating in the health insurance plan. As such, I cannot claim payment of my fees from the Régie de l'assurance maladie du Quebec. If you have recourse to my professional services, you must therefore pay me directly the cost of the services that I will provide to you. You will not be able to request or obtain reimbursement from the Régie de l'assurance maladie du Quebec for the cost of insured services that you have paid me. This notice is given to you in accordance with the Health Insurance Act (L.R.Q., c. A-29) and the regulations.</p> <p>** Avis de non-participation: Aux bénéficiaires du régime d'assurance maladie.</p> <p>Je vous donne avis que je suis un professionnel non participant au régime d'assurance maladie. A ce titre, je ne puis réclamer le paiement de mes honoraires de la Régie de l'assurance maladie du Quebec. Si vous avez des recours à mes services professionnels, vous devez donc me payer directement le cout des services que je vous fournirai. Vous ne pourrez ni demander ni obtenir de la Régie de l'assurance de maladie du Quebec le remboursement du cout des services assurés que vous m'aurez payé. Cet avis vous est donné conformément à la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29) et au règlements.</p> | 1               | 500,00 \$          |

## Renseignements complémentaires / Additional informations

\*

|                          |  |   |   |                            |                  |
|--------------------------|--|---|---|----------------------------|------------------|
| Payé par/<br>Paid by:    | <input type="checkbox"/> Visa          | <input checked="" type="checkbox"/> Master Card | <input type="checkbox"/> Interac          | <b>Sous-Total/Subtotal</b> | <b>500,00 \$</b> |
|                          | <b>\$0.00</b>                          | <b>\$500.00</b>                                 | <b>\$0.00</b>                             | <b>T.P.S./G.S.T</b>        | <b>- \$</b>      |
|                          | <input type="checkbox"/> Comptant/Cash | <input type="checkbox"/> Chèque/Check           | <input type="checkbox"/> Carte Corp/ AMEX | <b>T.V.Q./Q.S.T.</b>       | <b>- \$</b>      |
|                          | <b>\$0.00</b>                          | <b>\$0.00</b>                                   | <b>\$0.00</b>                             | <b>Total</b>               | <b>500,00 \$</b> |
| Numéro TPS / GST Number: |  |   |   | <b>Paiement/Payment</b>    | <b>500,00 \$</b> |
| Numéro TVQ / QST Number: |  |   |   | <b>Solde/Balance</b>       | <b>- \$</b>      |

Ce document est confidentiel et ne peut être consulté que par l'utilisateur qui y est mentionné / This document is confidential and intended for the named user only.

Imprimé le/Printed to 2023-06-29 1:58:23PM par/by Laura Knafo

Page 1 / 1

STEINBURG UROLOGY  
6900 BOULEVARD DECARIE  
COTE SAINT-JC, QC. H3X 2  
514-312-2821

**VENTE**

No. REF: 00000004

No Lot: 521

06/29/23 13:58:23

CODE APPR: 04730J

No Trace: 4

MASTERCARD

Puce

\*\*\*\*\*6768

\*\*/\*\*

**MONTANT**

**\$500.00**

APPROUVE

Mastercard

AID: A0000000041010

TVR: 00 00 00 80 00

TSI: E8 00

THANK YOU / MERCI

COPIE CLIENT