

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'Yacoubia - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-808717

174765

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0601 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : ANDON ABDECAU

Date de naissance : 1-1-1947

Adresse : 8159 apt 301 Rue Rousselle H2E127
Mohammedi Casablanca

Tél : 514421606

STEINBERG, ANDREW PAUL 1032127

Centre Urologie Elna
6900 Decarie Boulevard., Suite #M270,
Cote St-Luc, QC H3X 2T8
T. 514-370-8884 F. 514-370-8886

Cadre réservé au

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/06/2023

Nom et prénom du malade : Abdelai Anan Age : 76

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

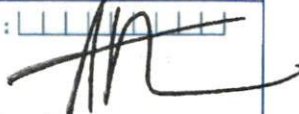
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/28 2023	Est Oralch	1055	500.00\$	INP :  Dr. Andrew Steinberg Lic. 1032127

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


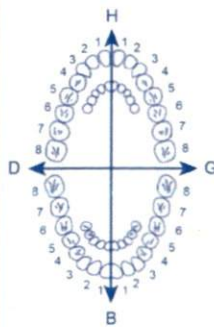








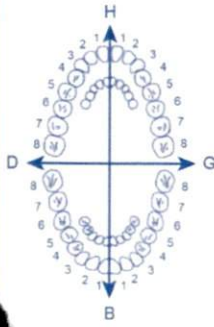


Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
				COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION 
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION 
				DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION 

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

STEINBERG UROLOGY

6900 Boul. Decarie, Suite M265
Montreal, Quebec, H3X 2T8
T.514-312-2821 F. 514-379-8886

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 Service description	Unités Units	Honoraires 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 regime d'assurance maladie.</p> <p>Je vous donne avis que je suis un professionnel non participant au regime 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 a 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 assures que vous m'aurez paye. Cet avis vous est donne conformément a 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/ Paid by:	<input type="checkbox"/> Visa	<input checked="" type="checkbox"/> Master Card	<input type="checkbox"/> Interac	Sous-Total/Subtotal	500,00 \$
	\$0.00	\$500.00	\$0.00	T.P.S./G.S.T	- \$
	<input type="checkbox"/> Comptant/Cash	<input type="checkbox"/> Chèque/Check	<input type="checkbox"/> Carte Corpo/ AMEX	T.V.Q./Q.S.T.	- \$
	\$0.00	\$0.00	\$0.00	Total	500,00 \$
Numéro TPS / GST Number:				Paiement/Payment	500,00 \$
Numéro TVQ / QST Number:				Solde/Balance	- \$

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