

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M23-0024132

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4885 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MABROUKZ ABDE NOBIZI

Date de naissance : 06-03-1954

Adresse : 1663 Rue Rizqy Smt - Lament

H4L 1J1 (Québec), CANADA

Tél. : 0766634271 Total des frais engagés : 353.72 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : du: 03/01/2022 au 08/02/2022

Nom et prénom du malade : Boulmal Amzrou Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : épouse

Nature de la maladie : maladie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : maladie

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 : _____

Le : _____ / _____ / _____

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	
B	00000000	00000000	
G	35533411	11433553	

[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**

Relevé pour déclaration de revenus



Période du 1 janvier 2022 au 31 décembre 2022

BOULMAL, AMINA

12165 RUE COUSINEAU
VSL, QC
H4K1P7



Mathieu Roberge et Joseph Alexander Basa Inc.
1605 BOUL. MARCEL-LAURIN #100, SAINT-LAURENT, H4R 0B7
Téléphone : 514-764-2222

Date émission	Numéro ordonnance	Séq. ren.		Quantité	Payé par assurance	Payé par client
2022-01-03	1018222-5143	6	.....	8.00	0.00	19.71
2022-01-14	1018218-5143	5	.....	60.00	0.00	20.78
2022-03-02	1018218-5143	6	.....	60.00	0.00	20.78
2022-03-02	1018222-5143	7	.....	8.00	0.00	19.71
2022-04-11	1080831-5143	1	.....	30.00	14.57	11.25
2022-04-22	1018218-5143	7	.....	60.00	0.00	20.78
2022-04-22	1018222-5143	8	.....	8.00	10.91	8.80
2022-05-11	1086552-5143	1	.....	12.00	0.00	29.56
2022-05-11	1086553-5143	1	.....	90.00	0.00	31.17
2022-08-07	1086553-5143	2	.....	30.00	0.00	10.39
2022-08-08	1100345-5143	1	.....	4.00	0.00	10.92
2022-08-18	1102362-5143	1	.....	180.00	11.51	22.02
2022-08-18	1102363-5143	1	.....	8.00	12.81	6.90
2022-08-18	1102364-5143	1	.....	100.00	0.00	12.49
2022-08-18	1102365-5143	1	.....	100.00	54.58	29.39
2022-11-16	1118760-5143	1	.....	20.00	0.00	21.20
2022-11-23	1119986-5143	1	.....	15.00	0.00	20.99
2022-11-23	1119987-5143	1	.....	30.00	7.71	5.20
2022-12-08	1102362-5143	2	.....	180.00	0.00	31.73

Nombre d'émission(s) : 18 **Coût total :** 100

À noter que le présent relevé regroupe les médicaments que vous avez pris au cours de la période demandée. Ce document vous est remis à titre indicatif et ne saurait être assimilé à un reçu aux fins d'impôt. Il est important pour vous de vérifier l'éligibilité des montants à tout crédit d'impôt lors de votre déclaration de revenus.



Pharmacien(s) affilié(s) à

Brunet

Mathieu Roberge et Joseph Alexander Basa Inc.

1605 Boul. Marcel-Laurin #100
Saint-Laurent, H4R0B7
514-764-2222

**Mathieu Roberge et Joseph Alexander Basa Inc.**

1605 Boul. Marcel-Laurin #100
Saint-Laurent, H4R0B7

Pharmacien(s) affilié(s) à
Brunet**514-764-2222****BOULMAL, AMINA**

12165 Rue Cousineau
Vsl, QC, H4K1P7



(A)101 (B)
(C)12.98 (D)0.00
4 67103 05388 1

Pharmacien(s) affilié(s) à
Brunet**BOULMAL****AMINA**

12165 Rue Cousineau
Vsl, QC, H4K1P7

30 NRA PANTOPRAZOLE 40 MG, CO.LIB.RETAR
Dr BEAUDRY, V. (106318)
Ren: 1 Éch: 18 jan. 2025

Rx 1128239-5143
18 jan. 2023
DIN 02471825

Montant résiduel RAMQ: 72.84 \$
Contributions à ce jour: 23.90 \$

RAMQ Réf: 4407139648-188471

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
· IPP FACTURE SANS CODE JUSTIFICATIF, 90 JOURS
AUTORISES. DUREE RESTANTE : 046 JRS

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par	
Pour le médicament	Au distributeur

6.05

0

CONSULTATION

Voir pharmacien

See pharmacist

Comptoir



Total 1 Rx 12.98 \$

Imprimé le : 18 jan. 2023 15:02 4 70000 86239 5

03

Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
			Franchise	Co-Ass	
6.04	RAMQ	16.04	0.00	11.33	1.65
					3.06 \$

CONSULTATION
Voir pharmacien
See pharmacist

Total à payer 12.98 \$

pharmacien

Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
6.44	9.60	6.44	12.98

Reçu Original

CONSULTATION
Voir pharmacien
See pharmacist



Brunet

Brunet

1605 BOUL MARCEL-LAURIN SUITE 100

SAINT-LAURENT QC H4R 0B7 CAN

Tél : 514-764-2222

UPC	Description	Qte	Total
467103053881	RX-Prescription POS	1	12.98 R
Rx 1128239-5143			
Sous-total			\$ 12.98
Total			\$ 12.98
Arrondissement			\$ 0.02
Total avec arrondissement			\$ 13.00
Argent			\$ 20.00

Monnaie rendue (Argent) \$ 7.00

LA SANTÉ C'EST TOUT CE QUI COMpte.
MERCI ET AU PLAISIR DE VOUS REVOIR!

www.brunet.ca

PARTICIPEZ ET COUREZ LA CHANCE DE GAGNER

1 CARTE CADEAU DE 500\$.

Rendez-vous sur www.brunetvousecoute.ca
pour compléter le sondage de votre visite
d'aujourd'hui.

Votre opinion nous tient à cœur.

Votre code :

23360814515210400229

18 janvier 2023 15:23:22

5143-J5143PCA02-122614 51430006-Tin Wai

TPS : 726859705RT0001 TVQ : 1229483028TQ0001

Brunet

Consultez notre politique de retour à l'endos



51430210035096

We will