

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 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

- 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



Déclaration de Maladie

M23-0024132

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4885 Société : RAY 178736
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MABROUK ABDE KARI
 Date de naissance : 04-03-1954
 Adresse : 1660 Rue Pindy, Saint-Léonard
 H44131 (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 08/12/2022
 Nom et prénom du malade : BOUL MAL Amira Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : chronique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

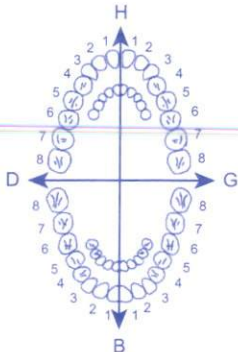
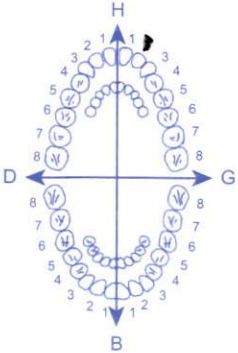
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> G 00000000 11433553 </div> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	B			
	[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) : 19 Sous-total : 112.09 353.77

Nombre d'émission(s) : 19 Grand total : 112.09 353.77

À noter que le présent relevé regroupe les médicaments que vous avez pris au courant 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



Pharmacien(s) affilié(s) à
Brunet

Mathieu Roberge et Joseph Alexander Basa Inc.
1605 Boul. Marcel-Laurin #100
Saint-Laurent, H4R0B7
514-764-2222

BOULMAL, AMINA

12165 Rue Cousineau
Vsl, QC, H4K1P7



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

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	P to
---	--	---------

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	
3.04	RAMQ	16.04	0.00	11.33	1.65	3.06 \$

Reçu Original

CONSULTATION
Voir pharmacien
See pharmacist

Total à payer **12.98 \$**

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

CONSULTATION
Voir pharmacien
See pharmacist



Brunet
1605 BOUL MARCEL-LAURIN SUITE 100
SAINT-LAURENT QC H4R 0B7 CAN
Tél : 514-764-2222

UPC	Description	Qté	Total
467103053881	RX-Préscription POS Rx 1128239-5143	1	12.98 R

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.brunetvoussecoute.ca
pour compléter le sondage de votre visite
d'aujourd'hui.

Votre opinion nous tient à coeur.

Votre code :

23360814515210400229

18 janvier 2023 15:23:22

5143-J5143PCA02-122614 51430006-Tin Wai

TPS : 726859705RT0001 TVQ : 1229483028TQ0001

Consultez notre politique de retour à l'endos



51430210035096

Br
We will