

# 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société : R. A. M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHERIFI TAYEB

Date de naissance : 01.01.1970

Adresse : cherifi.tayeb@gmail.com

Tél. : 06 61 25 0 181 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**UNIONMD**  
Centre de médecine et de chirurgie  
1191 Av. Union  
Montréal, QC, H3B 3C3  
Tél: 514-400-3291 - Fax: 514-400-3292

**DR JAGODZINSKI**  
license - 12722

Date de consultation : 25/10/2023

Nom et prénom du malade : BOUDAL HACIRAH Age : 27/08/59

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Prurit depuis 3 mois

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 : Montréal Le : 25/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : B. ACCUEIL



## 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
25/10/23	Consultation		250 \$ CA	UNIONMD Centre de médecine et de chirurgie 1191 Av. Union Montréal, QC, H3B 3C3 Tél: 514-400-3291 - Fax: 514-400-3292

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Accès pharma Richard Coudé	2023-10-26	39.54 \$ canadien (Leucotadine 10mg)
	2023-10-26	24.97 \$ canadiens (Cetirizine 10mg)
pharmacie.coudebouchardpinto2@accespharma.ca		Scopale Montréal pharmacienne #210005

## ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

<p><b>Le praticien</b> Importante Veuillez joindre soins</p> <p>us êtes je à la désignation avez atteint d'une maladie du foie, car un cas pourrez présenter la bouche • fatigue estomac • nausées épilepsie</p> <p>cas de surdose, appeler cas de médicale immédiate de 12 ans et plus : Ne pas dépasser la dose recommandée</p> <p><b>R. Coudé, K. Bouchard &amp; N. Pinto</b> (514) 255-3773</p> <p>LUN. AU VEN. 8H00 À 21H00 • SAM. &amp; DIM. 8H00 À 17H00 Rx# 00354-142 DIN : 02375990 REP. : 1 120 ALLERGY REMEDY (10MG) COMPRIME PAR PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN POUR 4 MOIS</p> <p><b>BOUDLAL, NACIRA</b> 12722 D. JAGODZINSKI Ieter: 2024-10-25 Servie: 2023-10-26</p> <p><b>Accès pharma R. Coudé, K. Bouchard &amp; N. Pinto</b> chez Walmart 3121, ave de Granby Montréal, QC H1N 2Z7 (514) 255-3773</p> <p>LUN. AU VEN. 8H00 À 21H00 • SAM. &amp; DIM. 8H00 À 17H00 Rx# 00354-142 DIN : 02375990 REP. : 1 200 ALLERGY RELIEF CETIRIZINE (10MG) COMPRIME PAR PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER POUR 4 MOIS</p> <p><b>BOUDLAL, NACIRA</b> 12722 D. JAGODZINSKI Ieter: 2024-10-25 Servie: 2023-10-26</p>	<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU COEF MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>G</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b></p>	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553	D	00000000	B	00000000
H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553						
D	00000000	B	00000000						

**UnionMD-Centre Ville**

1191 Av. Union, Montréal, Québec, H3B3C3, Canada

Tél.: +1 514 400-3291 Fax: +1 514 400-3292

<b>Facturé à</b>	Boudlal, Nacira	<b>Tél.</b>	+1 514 569-0822
<b>NAM</b>		<b>Adresse</b>	
<b>Date de naissance</b>	1959/08/27		

Numéro de la facture **413800**Date de la visite **2023/10/25**Prestataire **Dr JAGODZINSKI, Daniel**Méthode de paiement **Master Card**

<b>1x</b>	<b>11 - Consultation/ Annual avec dermatologue</b>	<b>250.00\$</b>	<b>250.00\$ CAD</b>
	<b>hors-RAMQ</b>		

Escompte - **0.00\$****SOUS-TOTAL** **250.00\$ CAD**TPS (5) **0.00\$ CAD**TVQ (9.975) **0.00\$ CAD****TOTAL** **250\$ CAD****VENTE**

No. REF: 00000012  
 No Lot: 148  
 10/25/23 15:28:18  
 CODE APPR: 134825  
 No Trace: 12  
 MASTERCARD Puce  
 \*\*\*\*\*3547 \*\*\*/\*

**MONTANT** **\$250.00**

APPROUVE

MASTERCARD  
 AID: A0000000041010  
 TVR: 00 00 00 80 00  
 TSI: E8 00

**UNIONMD**  
 Centre de médecine et de chirurgie  
 1191 Av. Union  
 Montréal, QC, H3B 3C3  
 Tél: 514-400-3291 - Fax: 514-400-3292

Signature \_\_\_\_\_

Mme Vacchiero, Anne le 2023/10/25 15:28:36

THANK YOU / MERCI

**COPIE CLIENT**

RAMQ. Toutefois, le patient qui estime que les sommes qui lui sont réclamées visent des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie peut, par écrit dans l'année suivant la date du paiement, en réclamer le remboursement à la RAMQ, qui remboursera alors le montant, lorsqu'elle est Page 1 / d'avis que sa facturation n'est pas permise, et récupérera ce montant du professionnel ou du tiers en cause (réf article 22.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie).

# TPS : 831311790 et # TVQ 1222081544

**PAID**

**UnionMD-Centre Ville**  
1191 Av. Union Montréal, Québec H3B3C3  
Tél.: (514) 400-3291 Fax : (514) 400-3292

Copie

Boudlal, Nacira

NAM: Exp:

DDN:1959-08-27

Dossier:

Sexe à la naissance: Femme

Poids: \_\_\_\_\_

CLcr \_\_\_\_\_

Tél.: (514) 569-0822 Ext.

\* **LORATADINE 10 MG**

Instructions: 1 comp le matin pendant 4 mois

R1

39.54\$

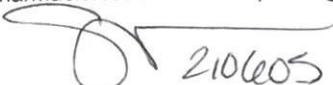
\* **CETIRIZINE 10 MG**

Instructions: 1 comp au coucher pendant 4 mois

R1

24.51\$

Accès pharma Richard Coudé  
3121 av. de Granby, Montréal, Qc, H1N 2Z7  
T (514) 255-3773 F (514) 255-6410  
pharmacie.coudebouchardpinto2@accespharma.ca

  
210605  
Sophie Mongeau  
pharmacienne.



Certificat du prescripteur - Je certifie que:

- cette ordonnance est une ordonnance originale.
- le pharmacien identifié précé est le seul destinataire.
- l'original ne sera pas réutilisé.

Confidentiel

Dr Daniel JAGODZINSKI (CMQ: 12722)

Imprimé le: 2023-10-25 15:18:47  
Produit le: 2023-10-25 15:18:47

No purchase necessary. Skill testing question required. Full rules available in store or online.

### WALMART RETURN POLICY

Within 90 days of Purchase, we will happily exchange or refund items with a receipt. Exceptions apply.

See full terms and conditions at:

[www.Walmart.ca/returns](http://www.Walmart.ca/returns) or call 1-800-328-0402

## PARTICIPEZ POUR UNE CHANCE MENSUELLE DE GAGNER 1 DE 3 CARTES-CADEAUX WALMART DE 1 000 \$

Pour participer, veuillez remplir un sondage sur votre expérience aujourd'hui à : <http://survey.Walmart.ca>

Aucun achat requis. Vous devez répondre à une question réglementaire. Règlement complet en magasin ou en ligne.

### Politique de retour Walmart

Nous serons heureux d'échanger ou rembourser vos articles d'ici 90 jours de la date d'achat avec reçu. Des exceptions s'appliquent.

Consultez les modalités et conditions complètes à :

[www.Walmart.ca/retours](http://www.Walmart.ca/retours) ou téléphonez au 1 800 328-0402.

## ENTER FOR A MONTHLY CHANCE TO WIN 1 of 3 \$1000 WALMART GIFT CARDS

To enter, please complete a survey about your experience today at <http://survey.Walmart.ca>

No purchase necessary. Skill testing question required. Full rules available in store or online.

### Walmart Return Policy

Within 90 days of Purchase, we will happily exchange or refund items with a receipt. Exceptions apply.

See full terms and conditions at:

[www.Walmart.ca/returns](http://www.Walmart.ca/returns) or call 1-800-328-0402

# Walmart

Quelle note nous  
donnez-vous aujourd'hui?

Veuillez remplir ce court sondage sur  
la satisfaction de la clientèle à

**SURVEY.WALMART.CA**



Courez la chance  
de GAGNER 1 de  
3 cartes-cadeaux  
de 1 000 \$

Des règlements s'appliquent. Veuillez consulter  
les règlements du concours pour plus de précisions.

SUCCURSALE 1168  
3121, AVENUE DE GRANBY  
MONTREAL, QC  
H1N 2Z7  
514-255-7676

ST# 01168	OP# 001961	TE# 40	TR# 00180
PHARMACIE	D38	QTÉ 1	\$64.51 D
		SOUS-TOTAL	\$64.51
		TOTAL	\$64.51
	PMNT COMPTANT		\$100.00
	MONNAIE		\$35.50

TPS/TVH 137466199 RT 0001  
TVQ 1016551356 TQ 0001

# ARTICLES VENDUS 1

#CT 3277 1397 5618 9245 969



MERCI DE MAGASINER CHEZ NOUS  
10/26/23 16:47:46



Richard Coudé pharmacien Inc  
(514) 255-3773  
3121 Avenue de Granby  
Montréal, H1N2Z7  
Téléc. : (514) 255-6410

BOUDLAL NACIRA  
(514) 569-0822  
LOFT HOTEL (ST-DENIS)  
QC

N/A

**REÇU  
OFFICIEL**

2023-10-26 16:37



Richard Coudé pharmacien Inc  
(514) 255-3773  
3121 Avenue de Granby  
Montréal, H1N2Z7  
Téléc. : (514) 255-6410

BOUDLAL NACIRA  
(514) 569-0822  
LOFT HOTEL (ST-DENIS)  
QC

N/A

**REÇU  
OFFICIEL**

2023-10-26 16:37

**120 ALLERGY REMEDY 10MG COMPRIME**

No Rx 00354-142 DIN 02375990

DANIEL JAGODZINSKI

Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré	Franchise	Coass.	À PAYER
39,54					39,54

**200 ALLERGY RELIEF CETIRIZINE 10MG COMPRIME**

No Rx 00354-143 DIN 02240266

DANIEL JAGODZINSKI

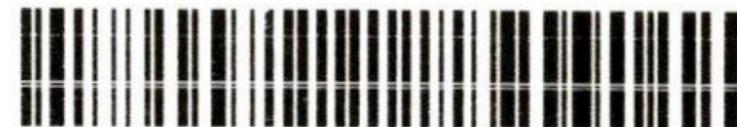
Montant Rx	Montant Assureur	Contribution de l'assuré	Franchise	Coass.	À PAYER
24,97					24,97

No: 10344905  
1034490500000006451  
ORIGINAL 1 de 2



Total : 64,51\$

No: 10344905  
Nb. de Rx : 2  
1034490500000006451  
ORIGINAL 2 de 2



Total : 64,51\$