

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0039444

☐ 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 : 01.01.1950
 Adresse : tcherifi@gmail.com
 Tél. : 0661250181 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
 Date de consultation : 25/10/2023
 Nom et prénom du malade : BOUDLAL HACIRA Age: 27/08/99
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Peut durer 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 : 27/10/2023
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 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 Coude 3121 av. de Granby, Montréal, Qc. H1N 2Z7 T (514) 255-3773 F (514) 255-6410 pharmacie.coudebouchardpinto2@accespharma.ca | 2023-10-26 | 39.54\$ canadien (Cetirizine 10mg) |
| | 2023-10-26 | 24.97\$ canadien (Cetirizine 10mg) |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

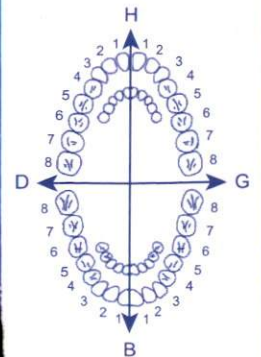
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Le praticien
Important
Veuillez joindre
SOINS

R. Coudé, K. Bouchard & N. Pinto
 3121, ave de Granby
 Montréal, QC H1N 2Z7
 LUN. AU VEN. 8H00 À 21H00 • SAM. & DIM. 8H00 À 17H00
 REP: 1
 R# 00354-142 DIN: 02375990
 120 ALLERGY REMEDY (10MG) COMPRIME
 PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN POUR 4 MOIS

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEP
MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Accès pharma R. Coudé, K. Bouchard & N. Pinto
 chez Walmart 3121, ave de Granby
 Montréal, QC H1N 2Z7
 LUN. AU VEN. 8H00 À 21H00 • SAM. & DIM. 8H00 À 17H00
 REP: 1
 R# 00354-142 DIN: 02375990
 120 ALLERGY REMEDY (10MG) COMPRIME
 PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR LE MATIN POUR 4 MOIS

Accès pharma R. Coudé, K. Bouchard & N. Pinto
 chez Walmart 3121, ave de Granby
 Montréal, QC H1N 2Z7
 LUN. AU VEN. 8H00 À 21H00 • SAM. & DIM. 8H00 À 17H00
 REP: 40
 R# 00354-143 DIN: 02240266
 200 ALLERGY RELIEF CETIRIZINE (10MG) COMPRIME
 PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR JOUR AU COUCHER POUR 4 MOIS



UnionMD-Centre Ville

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

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

Facturé à Boudlal, Nacira
NAM
Date de naissance 1959/08/27

Tél. +1 514 569-0822
Adresse

Numéro de la facture **413800**
Date de la visite **2023/10/25**
Prestataire **Dr JAGODZINSKI, Daniel**
Méthode de paiement **Master Card**
1x **11 - Consultation/ Annual avec dermatologue 250.00\$**
hors-RAMQ

250.00\$ CAD

Escompte - **0.00\$**

SOUS-TOTAL **250.00\$ CAD**

TPS (5) **0.00\$ CAD**

TVQ (9.975) **0.00\$ CAD**

TOTAL 250\$ CAD

VENTE

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

MONTANT \$250.00

APPROUVE

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

THANK YOU / MERCI

COPIE CLIENT

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

PAID

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

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

64.51\$

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 Nargeau
pharmacienne.

Certificat du prescripteur - Je certifie que:

- cette ordonnance est une ordonnance originale,
- le pharmacien identifié précité 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.

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 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 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 or call **1 800 328 0402**

Walmart *

Quelle note nous
donnez-vous aujourd'hui?

Veillez 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 QTE 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

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\$



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

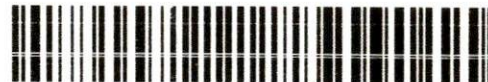
| Montant Rx | Montant Assureur | Contribution de l'assuré | | |
|---------------|---------------------|--------------------------|--------|---------|
| | | Franchise | Coass. | À PAYER |
| 24,97 | | | | 24,97 |

No: 10344905

Nb. de Rx : 2

1034490500000006451

ORIGINAL 2 de 2



Total : 64,51\$