

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

121743

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 4885 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : MABROUKI ABDENNABI

Date de naissance : 06-03-1954

Adresse : 1660, Rue Parier, App. 4, Saint-Laurent
Montreal, H4L 1J1 (Québec), CANADA

Tél. : 001 514 557 9644 Total des frais engagés : 29.58\$ CAN

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : 29.58 dollars Canadien

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : Achat à : 22-04-2022

Nom et prénom du malade : BOULMAL Amina

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Diabète type 2 et Carence en Vitamine D
maladies chroniques

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnel

Fait à : Montreal

Signature de l'adhérent(e) : _____

Le : 12/05/2022

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

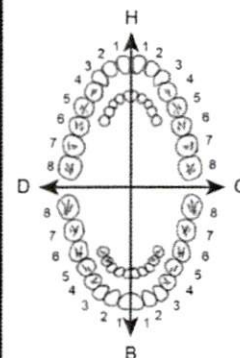
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

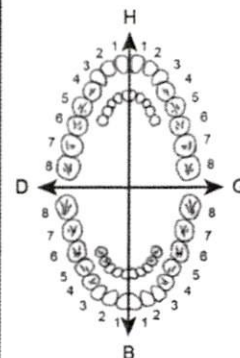
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAV

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A



Pharmacien(s) affilié(s) à

Brunet

M ROBERGE, G SEGUIN, G FLEURY, JA BASA PHARM
1605 Boul. Marcel-Laurin #100
Saint-Laurent, H4R0B7
514-764-2222



Pharmacien(s) affilié(s) à

Brunet

M ROBERGE, G SEGUIN, G FLEURY, JA BASA PHARMAC
1605 Boul. Marcel-Laurin #100
Saint-Laurent, H4R0B7
514-764-2222

BOULMAL, AMINA

12165 Rue Cousineau
Vsl, QC, H4K1P7

514-557-9644

(A) 101 (B)
(C) 8.80 (D) 0.00
4 65706 52669 6



Pharmacien(s) affilié(s) à

Brunet

M ROBERGE, G SEGUIN, G FLEURY, JA BASA PHARMAC
1605 Boul. Marcel-Laurin #100
Saint-Laurent, H4R0B7
514-764-2222

BOULMAL, AMINA

12165 Rue Cousineau
Vsl, QC, H4K1P7

514-557-9644

(A) 101 (B)
(C) 20.78 (D) 0.00
4 65706 52670 2

BOULMAL**AMINA**

12165 Rue Cousineau
Vsl, QC, H4K1P7

514-557-9644

Comptoir

**Total 2 Rx****29.58 \$**

Imprimé le : 22 avr. 2022 15:02

4 70000 54111 5

32

8 VITAMINE D 10 000 UI, CO Dr ACHKAR, M. (184526) Ren avant 10 mai 2022	Rx 1018222-5143 22 avr. 2022 DIN 02417995	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
						Franchise	Co-Ass	
Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$ Contributions à ce jour: 0.00 \$		19.71	RAMQ	19.71	0.00	8.80	0.00	10.91 \$
Total à payer								8.80 \$

RAMQ Réf: 4187317916-114210
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (056 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
1.68	0.11	1.79	17.92	1.79	8.80

60 PRO METFORMIN 500 MG, CO Dr ACHKAR, M. (184526) Ren avant 10 mai 2022	Rx 1018218-5143 22 avr. 2022 DIN 02314908	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
						Franchise	Co-Ass	
Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$ Contributions à ce jour: 0.00 \$		20.78	RAMQ	20.78	0.00	20.78	0.00	0.00 \$
Total à payer								20.78 \$

RAMQ Réf: 4187327315-114211
RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
DATE PREVUE RENOUV.: 2022/05/14
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien			Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
Pour le médicament	Au distributeur	Total			
1.48	0.10	1.58	19.20	1.58	20.78

Reçu Original

Reçu Original

Votre pharmacien affilié à Brunet peut en faire davantage pour vous faciliter la vie.

Your Brunet affiliated pharmacist can do more to simplify your life.



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances et vos médicaments via votre dossier **en ligne** (Mon Compte) ou grâce à notre **application mobile**.

Your pharmacist offers you **online** prescriptions renewals using (Your account) or thanks to our **mobile app**.



Soyez avertis en temps réel lorsque vos médicaments sont prêts. Abonnez-vous au **service de notifications** par courriel et texto.

Get instant notifications by SMS or email as soon as your medication is ready. Sign up to our **notifications service**.



Prenez **rendez-vous en ligne** avec votre pharmacien ou votre infirmière.

Make an appointment online with your nurse or your pharmacist.



Une entente avec votre pharmacien vous permettra de profiter du **service de renouvellement préautorisé**.

Sign up with your pharmacist to benefit from **preauthorized refill service**.



Votre pharmacien offre le renouvellement de vos ordonnances avec notre **système téléphonique automatisé 24 h sur 24**.

Your pharmacist offers the renewal of your prescriptions with our 24-hour **automated phone system**.

Contacts en cas d'urgence Emergency contacts

Nom/Name :
Lien/Relationship :
Tél./Tel. :
Nom/Name :
Lien/Relationship :
Tél./Tel. :

Médicaments non prescrits Over the counter medications

MD/DR : Tél./tel. :

Hôp./Hosp. :
Maladies/Illnesses :
