

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 à caractère personnel.

121743

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 4885	Société : RAT	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MABROUKI ABDELLAH		
Date de naissance : 06-03-1954		
Adresse : 1660, Rue Poizier, Apt. 4, Saint-Lawrence		
Montreal, H4L 1J1 (Québec), CANADA		
Tél. : 01514 5579644	Total des frais engagés : 29.58 dollars Canadien	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input checked="" type="checkbox"/> Cadre réservé au Médecin	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :	
		
Date de consultation : 22-04-2022		
Nom et prénom du malade : BOUHAIL Amine		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie : Diabète type 2 et affection de l'os et de la moelle 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 à l'adresse du 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 personnelles.
Fait à : Montreal
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 12/05/2020

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

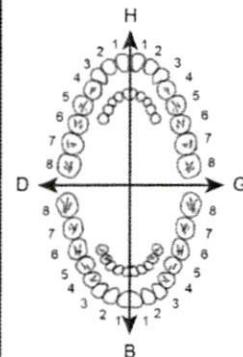
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

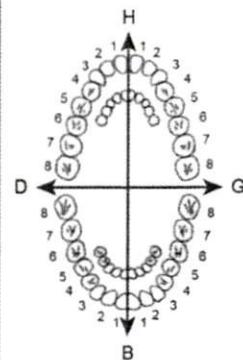
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

DES TRAVAIL

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



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

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

Comptoir

Total 2 Rx**29.58 \$**

Imprimé le : 22 avr. 2022 15:02

470000 541115

32

Reçu Original

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 19.71	Ass. RAMQ	Montant assuré 19.71	Montant non assuré 0.00	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur 10.91 \$
						Franchise	Co-Ass.	
Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$ Contributions à ce jour: 0.00 \$								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			Montant payé par l'assureur		
Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
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 20.78	Ass. RAMQ	Montant assuré 20.78	Montant non assuré 0.00	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur 0.00 \$
						Franchise	Co-Ass.	
Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$ Contributions à ce jour: 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			Montant payé par l'assureur		
Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
1.48	0.10	1.58	19.20	1.58	20.78

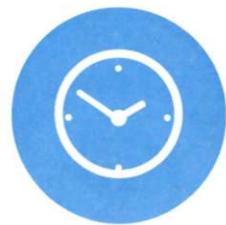
Votre pharmacien affilié à Brunet peut en faire davantage pour vous faciliter la vie.

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**.



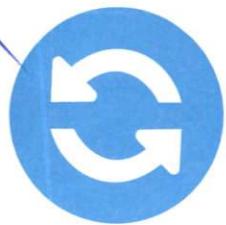
Soyez avertis en temps réel lorsque vos médicaments sont prêts. Abonnez-vous au **service de notifications** par courriel et texto.

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 :