

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Nº W19-448958

121744

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 AID et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation** : contact@mupras.com
 - O Prise en charge** : pec@mupras.com
 - O 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 des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 14885	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MABROUKI ABDELRABBI		
Date de naissance : 04-03-1954		
Adresse : 1660, Rue Poirier, Apt. 4, Saint-Laurent H4L 1J1 (Québec), CANADA		
Tél. : 001 514 557 9644	Total des frais engagés : 60.73 \$CAN	
Cadre réservé au Médecin		

Cadre réservé au Médecin	<i>60-13000 Paris 13ème</i>
Cachet du médecin :	
 Date de consultation : <i>Achat le 11-05-2022</i>	
Nom et prénom du malade : <i>BOULMAL AMINA</i>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<i>Carence en vitamine D chronique</i> <i>Diabète Type 2</i>
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 personnelles.

Fait à : à l'heure

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / ..

12/05/822

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Membre de la Mutualité attestant le Paiement de
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

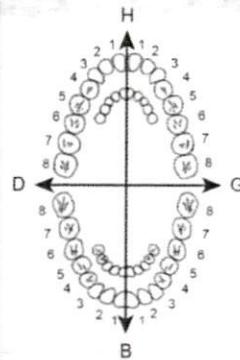
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

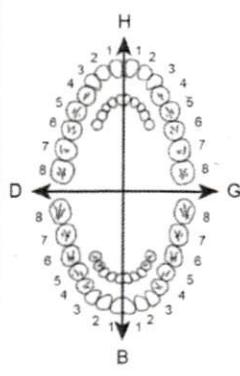
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT
MASTICATOIRE**

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

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

**Détail des contributions RAMQ**

BOULMAL, AMINA

12165 Rue Cousineau, Vsl, H4K1P7

514-557-9644

Vous trouverez ci-dessous le détail des contributions perçues pour les ordonnances dont la durée de traitement dépasse 31 jours tel qu'exigé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Pour de plus amples informations concernant les contributions dans le cadre du régime public d'assurance médicaments, nous vous invitons à communiquer avec la RAMQ au 1-800-561-9749.

Rx: 1086552-5143**VITAMINE D 10 000 UI, CO**

Date émission: 11 mai 2022

Date contribution mensuelle	Montant assuré	Franchise	Co-assurance	Payé à ce jour	Reste avant plafond
01 Juin 2022	10.90	10.90	0.00	20.95	75.79
01 Juil. 2022	10.90	10.90	0.00	10.90	85.84
01 Août 2022	7.76	7.76	0.00	7.76	88.98

Total: 29.56 \$ 0.00 \$ 29.56 \$

Rx: 1086553-5143**PRO METFORMIN 500 MG, CO**

Date émission: 11 mai 2022

Date contribution mensuelle	Montant assuré	Franchise	Co-assurance	Payé à ce jour	Reste avant plafond
01 Juil. 2022	10.73	10.73	0.00	21.63	75.11
01 Août 2022	10.73	10.73	0.00	18.49	78.25
01 Sept. 2022	9.71	9.71	0.00	9.71	87.03

Total: 31.17 \$ 0.00 \$ 31.17 \$



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

BOULMAL AMINA

12165 Rue Cousineau
 Vsl, QC, H4K1P7

Comptoir

514-557-9644

Total 2 Rx

60.73 \$

Imprimé le : 11 mai 2022 12:15

470000 564251

30



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



Pharmacien(s) affilié(s) à

Brunet

(A) 101 (B)

(C) 29.56 (D) 0.00

4 65802 66513 8

12 VITAMINE D 10 000 UI, CO
 Ph NGAN, T. (425765)
 Qté restante: 4

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$
 Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4202485081-120459

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

DATE PREVUE RENOUV.: 2022/06/22

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (084 JOURS)

Rx 1086552-5143
 11 mai 2022
 DIN 02417995

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré	Montant payé par l'assureur
29.56	RAMQ	29.56	0.00	29.56	0.00

Total à payer

29.56 \$

Reçu Original



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



Pharmacien(s) affilié(s) à

Brunet

(A) 101 (B)

(C) 29.56 (D) 0.00

4 65802 66513 8

90 PRO METFORMIN 500 MG, CO

Ph NGAN, T. (425765)
 Qté restante: 30

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4202480558-120460

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

DATE PREVUE RENOUV.: 2022/07/13

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (090 JOURS)

Rx 1086553-5143
 11 mai 2022
 DIN 02314908

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré	Montant payé par l'assureur
31.17	RAMQ	31.17	0.00	31.17	0.00

Total à payer

31.17 \$

Reçu Original

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien

Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
2.52	0.16	2.68	26.88	2.68	29.56

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien

Pour le médicament	Au distributeur	Total	Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
2.23	0.14	2.37	28.80	2.37	31.17



Brunet

Brunet

1605 BOUL MARCEL-LAURIN SUITE 100

SAINT-LAURENT QC H4R 0B7 CAN

Tél : 514-764-2222

UPC	Description	Qté	Total
465802665138	RX-Prescription POS Rx 1086552-5143	1	29.56 R
465802665145	RX-Prescription POS Rx 1086553-5143	1	31.17 R
Sous-total			\$ 60.73
Total			\$ 60.73
Crédit			\$ 60.73

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.brunetvousecoute.ca
pour compléter le sondage de votre visite
d'aujourd'hui.
Votre opinion nous tient à cœur.

Votre code :

22370117535270410527

11 mai 2022 12:24:11
5143-J5143PCA02-75777 51430005-Rola
TPS : 825761109 TVQ : 12-1881-8087-1

Consultez notre politique de retour à l'endos

MAI 11 2022 12:24
RELEVÉ DE TRANSACTION
CREDIT

de Trans. : 75777
Numéro de Carte: 7049 *** P
AID : A0000000031010
APP : Visa Des jardins
Type de Trans. : ACHAT
de Séquence : 102171
Code de Réponse: 00
d'Autor. : 014662
TVR : 00000000000

Total : 60,73 CAD\$

APPROUVEE - MERCI
Conserver cette copie pour vos dossiers
*** COPIE DU CLIENT ***



51430210021624