

# 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

- Reclamation : 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.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4885 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MABROUKI ABDENN BI

Date de naissance : 01-03-1954

Adresse : 1660 Rue Poirier, Apt 4, Spat-Bunk, Montreal, H4L 1J1 (Quebec), CANADA

Tél : 001 514 5579444 Total des frais engagés : 18.49 \$

Autorisation CNBP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05-02-2022

Nom et prénom du malade : BOULMAL Amina

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Diabète Type 2 Complication en vitamine D

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 : Montréal

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 12/05/2022



# RECUEIL 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

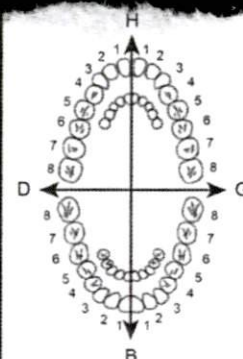
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

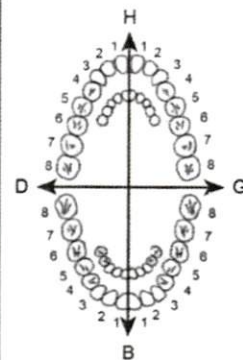
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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



### 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 TRAVAUX

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  
**Jean Coutu**

**PHARMACIES MAY BALIAN ET EMAD GABRA SENCRL**  
2085, Boul. Marcel Laurin  
St-Laurent, QC, H4R1K4  
514-745-3003



Pharmacien(s) affilié(s) à  
**Jean Coutu**

**PHARMACIES MAY BALIAN ET EMAD GABRA SENCRL**  
2085, Boul. Marcel Laurin  
St-Laurent, QC, H4R1K4  
514-745-3003

**MABROUKI, SALMA**  
1660 Rue Poirier #4  
St-Laurent, Qc, QC, H4L1J1

514-557-9644



(A) 103 (B) FP  
(C) 18.49 (D) 0.00  
4 65326 82793 7

**MABROUKI**  
**SALMA**

1660 Rue Poirier #4  
St-Laurent, Qc, QC, H4L1J1

514-557-9644

Comptoir



**Total 1 Rx 18.49 \$**

Imprimé le : 5 fév. 2022 09:24

4 70641 71125 5

37

100 g VOLTAREN EMULGEL X-FORT 12HR, GEL TOF Ph HACHEM, S. (425530) Non renouvelable	Rx 1703289-0120 5 fév. 2022 DIN 02393190	Prix total 18.49	Ass. N/A	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré Franchise Co-Ass	Montant payé par l'assureur
---	--	---------------------	-------------	----------------	--------------------	--	-----------------------------

**Total à payer 18.49 \$**  
(Avant taxe, si applicable)

RAMQ: Produit non couvert

*[Handwritten signature]*

**PHARMACIES MAY BALIAN ET EMAD GABRA SENCRL**  
514-745-3003 Pharmacien(s) affilié(s) à **Jean Coutu**

**ma Liste de médicaments PIC**

**MABROUKI, SALMA**

1660 Rue Poirier #4  
St-Laurent, Qc, QC, H4L1J1

514-557-9644

Date de naissance: 7 sept. 2004

Allergies : Aucune allergie connue

[Imprimé le : 5 fév. 2022 09:24]

1703289-0120 5 fév. 2022 Non renouvelable  
**Voltaren emulgel, x-fort 12hr, gel top** Qté: 100  
Appliquer 2g. sur les zones douloureuses 2 fois par jour aux 12 heures (max: 4g./jour)

1720964-0065 1 oct. 2021 Ren: 12 Éch: 1 oct. 2023  
**Jamp d gel, 1000 ui, gelule** Qté: 30  
1 capsule 1 fois par jour au déjeuner

1720963-0065 1 oct. 2021 Ren: 6 Éch: 1 oct. 2023  
**Naproxen, 500 mg, co** Qté: 20  
Prendre 1 comprimé 2 fois par jour matin et soir en mangeant pour 10 jours

# Votre pharmacien affilié à Jean Coutu peut faire davantage pour vous faciliter la vie

Your Jean Coutu affiliated pharmacist can do more to simplify your life



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances avec notre **système téléphonique automatisé** 24 heures sur 24

Your pharmacist offers you prescription renewals at your convenience with our 24-hour **automated phone system**



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances par Internet ou via votre **Dossier santé en ligne au jeancoutu.com**

Your pharmacist offers you on-line prescription renewals by Internet or using your **Health Record at jeancoutu.com**



Renouvelez vos médicaments n'importe où grâce à notre **application mobile**

Refill your prescriptions anywhere thanks to our **mobile app**



Prenez une entente avec votre pharmacien et profitez du **service de renouvellement préautorisé**

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



Soyez avisé instantanément par texto ou par courriel dès que vos médicaments sont prêts. Abonnez-vous à notre **service de notification C'est prêt!**

You will automatically be notified by text or e-mail as soon as your medication is ready for pick-up. Sign-up to our **It's ready! Notification Service**

## 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/Ilnesses:




jeancoutu

jean Coutu &  
2085 BOUL  
DE NT

4 CAN

Qté	Total
1	18.49 R-FP

\$ 18.49

92

84

1.25

\$ 50.00

monnaie (argent)

\$ 28.75

PARTICIPEZ ET COUREZ LA CHANCE DE GAGNER  
1 CARTE CADEAU DE 1000\$.

Rendez-vous sur [www.opinionsjeancoutu.com](http://www.opinionsjeancoutu.com)  
pour compléter le sondage de votre visite  
d'aujourd'hui.

Votre opinion nous tient à coeur.

Votre code :

52080617939200200228

SAVIEZ  
RECOMPENSEZ

AIR MILES VOUS POUVEZ VOUS  
RECOMPENSER EN MAGASIN ? DÉTAILS SUR  
[AIRMILES.CA/ARGENT](http://AIRMILES.CA/ARGENT)

5 févr 2022 15:48:18

0120-J0120PCA05-252807 01205000-Labo

TPS : 141598771 TVQ : 10195901TQ0001

Aucun retour sur liquidation et produit hygiénique  
MERCI DE MAGASINER CHEZ JEAN COUTU  
ON TROUVE DE TOUT... MEME UN AMI!



01200510204142