

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

- 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 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

121746

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4885 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MABROUKI ABDE

Date de naissance : 01-03-1954

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

Tél. : 001 514 5579644 Total des frais engagés : 40.49\$ CAN

Cadre réservé au Médecin

40.49\$ de la Convention

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02-03-2022

Nom et prénom du malade : BEULNAL Amina

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Diabète Type 2 et carence en vitamine D.

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Montreal Le : 12/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : Amina

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

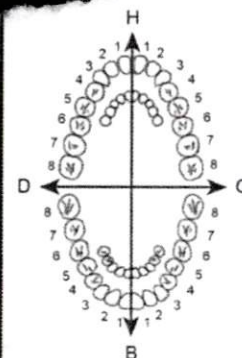
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

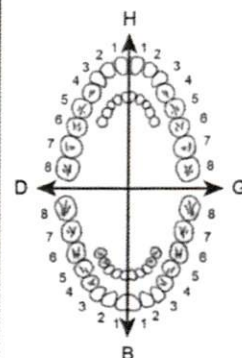
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

COEFFICIENT 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

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

514-557-9644

Comptoir

**Total 2 Rx****40.49 \$**

Imprimé le : 2 mars 2022 11:53

47900048233.3

34



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 65452 44527 2

60 PRO METFORMIN 500 MG, CO

Dr ACHKAR, M. (184526)

Ren avant 10 mai 2022

Rx 1018218-5143

2 mars 2022

DIN 02314908

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
20.78	RAMQ	20.78	0.00	20.78	0.00	0.00 \$

Total à payer 20.78 \$

RAMQ Réf: 4146363690-100295

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

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



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) 19.71 (D) 0.00
4 65452 44528 9

8 VITAMINE D 10 000 UI, CO

Dr ACHKAR, M. (184526)

Ren avant 10 mai 2022

Rx 1018222-5143

2 mars 2022

DIN 02417995

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
				Franchise	Co-Ass	
19.71	RAMQ	19.71	0.00	19.71	0.00	0.00 \$

Total à payer 19.71 \$

RAMQ Réf: 4146362776-100296

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (066 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	19.71



Brunet
1605 BOUL MARCEL-LAURIN SUITE 100
SAINT-LAURENT QC H4R 0B7 CAN
Tel : 514-764-2222

UPC	Description	Qté	Total
465452445272	RX-Prescription POS Rx 1018218-5143	1	20.78 R
465452445289	RX-Prescription POS Rx 1018222-5143	1	19.71 R

Sous-total \$ 40.49
Total \$ 40.49

Crédit \$ 40.49

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 coeur.

Votre code :

22330112565250400326

2 mars 2022 16:04:31
5143-J5143PCA02-63352 51430004-Kerani
TPS : 825761109 TVQ : 12-1881-8087-1

Consultez notre politique de retour à l'endos

RELEVÉ DE TRANSACTION/TRANSACTION RECORD
TPV88009958 MARCH14168205
BRUNET VILLE ST LAURENT
1605 BOUL MARCEL-LAURIN
SAINT-LAURENT, QC
CARTE/CARD : VISA
NO. : *****7049
AID : A00000000031010
APPL. : Visa Desjardins
SANS CONTACT/CONTACTLESS
EMPL./CLERK : 51430004
FACTURE/INVOICE: 63352
SEQ.: 030 LOT/BATCH: 729
22/03/02 16:04:43 QN1

ACHAT/PURCHASE \$ 40.49

AUTOR./AUTHOR.: 027883
00/000 APPROUVEE - MERCI
Conserver cette copie pour vos dossiers
*** COPIE DU CLIENT ***



51430210018033