

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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 :

06-03-1954

Adresse :

1660, Rue Larivière, Apt 4, Saint-Lambert

Montreal, H4L 1J1 (Québec), CANADA

Tél. : 001 514 557 9644

Total des frais engagés : 40.49\$CAN

40.49\$CAN (canadien)

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Diabète type 2 et maladie chronique

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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et que je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Montréal

Le : 12/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Amine BOUJNHAL

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 - RADIographies

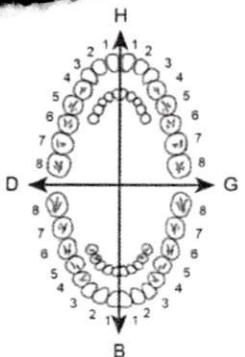
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

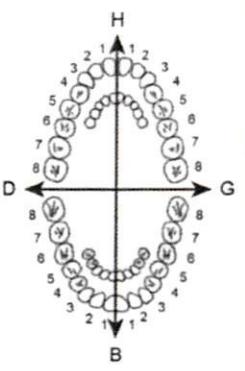
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
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



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**Comptoir****514-557-9644****Total 2 Rx****40.49 \$**

Imprimé le : 2 mars 2022 11:53

470000482333

1

470000482333

PC

PC

Reçu Original/

60 PRO METFORMIN 500 MG, CO
 Dr ACHKAR, M. (184526)
 Ren avant 10 mai 2022

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

RAMQ Réf: 4146363690-100295
 RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
 ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Rx 1018218-5143
 2 mars 2022
 DIN 02314908

Prix total
 Ass.
 Montant assuré
 Montant non assuré

Franchise	Co-Ass
-----------	--------

Montant payé par l'assureur

0.00	0.00	0.00 \$
------	------	---------

Total à payer	20.78 \$
---------------	----------

20.78 \$

PC

Total à payer

20.78 \$

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien

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

PC

BOULMAL, AMINA

12165 Rue Cousineau
 Vsl, QC, H4K1P7
514-557-9644

(A)101 (B)
 (C)20.78 (D)0.00
 4 65452 44527 2

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien

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

PC

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

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

RAMQ Réf: 4146362776-100296
 RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749
 ORDONNANCE LONGUE DUREE: (056 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien

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	19.71

PC

Total à payer

19.71 \$

PC

Reçu Original/



Brunet

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

UPC	Description	Qté	Total
465452445272	RX-Prescription POS Rx 1018218-5143	1	20.78 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 cœur.

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

RELEVE DE TRANSACTION/TRANSACTION RECORD

TPV88009958 MARCH14168205

BRUNET VILLE ST LAURENT

1605 BOUL MARCEL-LAURIN

SAINT-LAURENT, QC

CARTE/CARD : VISA

NO. :*****7049

AID : A0000000031010

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