

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.



Declaration de M:

N° W21-632110

121743

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 4885

Matricule : 4885 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MABROUKI ABDEVAIB I

Date de naissance : 06-03-1954

Adresse : 160 Rue Biran Apt. 4, Saint-Lambert, Montreal H4L 1T1 (Québec), CANADA

Tél. : 0015145579644 Total des frais engagés : 19.71 \$ CANADIENS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : 19.71 \$ CANADIENS

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03-01-2022

Nom et prénom du malade : BOUL MAL AMINA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Maladies chroniques

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Diabète type 2 et coronaropathie

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 : Montreal Le : 12-05-2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

[illegible][illegible]

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

[illegible]

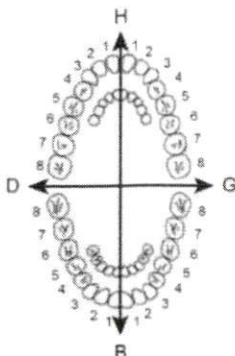
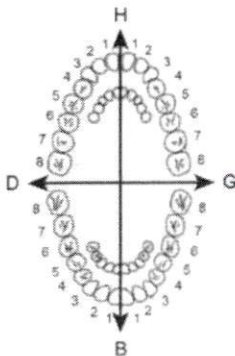
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

☐ Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que :

INP: | | | | | | | |

INP: [] [] []

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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

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

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 65160 54832 6**BOULMAL****AMINA**

12165 Rue Cousineau

Vsl, QC, H4K1P7

514-557-9644

Comptoir

**Total 1 Rx****19.71 \$**

Imprimé le : 3 jan. 2022 17:55

4 70000 41749 6

33

8 VITAMINE D 10 000 UI, CO

Dr ACHKAR, M. (184526)

Ren avant 10 mai 2022

Rx 1018222-5143

3 jan. 2022

DIN 02417995

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

Prix
total

Ass.

Montant
assuréMontant
non assuréContribution
de l'assuréMontant 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: 4098809119-83448

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

Reçu Original

**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: 1018222-5143**VITAMINE D 10 000 UI, CO**

Date émission: 3 jan. 2022

Date contribution mensuelle	Montant assuré	Franchise	Co-assurance	Payé à ce jour	Reste avant plafond
01 Jan. 2022	10.91	10.91	0.00	10.91	85.83
01 Fév. 2022	8.80	8.80	0.00	8.80	87.94

Total: **19.71 \$** **0.00 \$** **19.71 \$**



Brunet

Brunet

1605 BOUL MARCEL-LAURIN SUITE 100

SAINT-LAURENT QC H4R 0B7 CAN

Tél : 514-764-2222

UPC	Description	Qté	Total
465160548326	RX-Prescription POS Rx 1018222-5143	1	19.71 R
465160548364	RX-Prescription POS Rx 1054616-5143	1	0.00 R

Sous-total \$ 19.71

Total \$ 19.71

Crédit \$ 19.71

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 :

12340316505230400021

3 janvier 2022 18:05:51

5143-J5143PCA01-30436 51430002-Sheila
TPS : 825761109 TVQ : 12-1881-8087-1

Consultez notre politique de retour à l'endos

RELEVÉ DE TRANSACTION/TRANSACTION RECORD

TPV88014102 MARCH14168204

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 : 51430002

FACTURE/INVOICE: 30436

SEQ.: 064 LOT/BATCH: 653

22/01/03 18:06:09 QN1

ACHAT/PURCHASE

\$ 19.71

AUTOR./AUTHOR.: 035169

00/000 APPROUVEE - MERCI

Conserver cette copie pour vos dossiers

*** COPIE DU CLIENT ***



51430110025746

BrUNET