

# 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

- Réclamation : 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.

Ne 1743

## Maladie

## Dentaire

## Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4885**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MABROUKI ADEENNA B I**

Date de naissance : **06-03-1954**

Adresse : **1660, Rue Poivres apt. 4, Stk Laurent  
Montreal H4L 1J1 ( Quebec ), CANADA**

Tél. : **0015145579644** Total des frais engagés : **49.118.611**

**19.71 \$ CANADIENS**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **Deboul, 03-01-2022**

Nom et prénom du malade : **Boulmal Amina**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : **Maladies chroniques  
Diabète type 2 et diabète en rémission**

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 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) : **(Signature)**

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 : .....   .....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

**VIOLET ADHERENT**

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

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi

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**

# BOULMAL

## AMINA

12165 Rue Cousineau  
 Vsl, QC, H4K1P7

514-557-9644

Comptoir

Total 1 Rx

19.71 \$

Imprimé le : 3 jan. 2022 17:55

470000 41749 6

CC

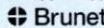


**M ROBERGE,G SEGUIN,G FLEURY,JA BASA PHARMAC**  
 1605 Boul. Marcel-Laurin #100  
 Saint-Laurent, H4R0B7  
**514-764-2222**

**BOULMAL, AMINA**  
 12165 Rue Cousineau  
 Vsl, QC, H4K1P7  
**514-557-9644**



Pharmacien(s) affilié(s) à



**M ROBERGE,G SEGUIN,G FLEURY,JA BASA PHARMAC**  
 1605 Boul. Marcel-Laurin #100  
 Saint-Laurent, H4R0B7  
**514-764-2222**

514-557-9644

(A)101 (B)  
 (C)19.71 (D)0.00  
 4 65160 54832 6

**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: 4098809119-83448

RAMQ RECLAMATION ACCEPTEE 1-800-561-9749

ORDONNANCE LONGUE DUREE: (056 JOURS)

Rx 1018222-5143

3 jan. 2022  
 DIN 02417995

Prix total

Ass.

Montant assuré

Montant non assuré

Contribution de l'assuré

Franchise Co-Ass

Total à payer 19.71 \$

19.71 \$

Reçu Original

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

**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
<b>Total</b>			<b>\$ 19.71</b>
Crédit			\$ 19.71

LA SANTÉ C'EST TOUT CE QUI COMpte.  
MERCI ET AU PLAISIR DE VOUS REVOIR!

[www.brunet.ca](http://www.brunet.ca)

PARTICIPEZ ET COUREZ LA CHANCE DE GAGNER  
1 CARTE CADEAU DE 500\$.

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

Votre opinion nous tient à cœur.

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

RELEVE 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

jetun

