

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 caractères personnels.

121749

Optique

Maladie Dentaire

Matricule : 4885

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MABROUKI ABDEMARJI

Date de naissance : 06-03-1954

Adresse : 1660, Rue Poivry, apt 4, Saint-Louis

Montreal, H4L 1J1 (Quebec), CANADA

Tél. : 001 514 557 9644

Total des frais engagés : 80.78\$ CAN

80.78 dollars Canadiens

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Sebail, 14-01-2022

Nom et prénom du malade : BAIL HAC Amina

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Diabète chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : et honneur en l'homme D

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli

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 : 1

Signature de l'adhérent(e) : R. HAC

12/05/2022

Autorisation CNDP N° : AA-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 - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaires, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession	

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



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 65220 92176 2

BOULMAL AMINA

12165 Rue Cousineau
 Vsl, QC, H4K1P7

514-557-9644

Comptoir

**Total 1 Rx****20.78 \$**

Imprimé le : 14 jan. 2022 14:23

4 70000 43016 7

33

Reçu Original/

60 PRO METFORMIN 500 MG, CO Dr ACHKAR, M. (184526) Ren avant 10 mai 2022	Rx 1018218-5143 14 jan. 2022 DIN 02314908	Prix total 20.78	Ass. RAMQ	Montant assuré 20.78	Montant non assuré 0.00	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur 0.00 \$
						Franchise	Co-Ass	
								Total à payer 20.78 \$

Montant résiduel RAMQ: 0.00 \$

Contributions à ce jour: 0.00 \$

RAMQ Réf: 4108434538-87192

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749
ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)

Informations additionnelles

Prix coûtant payé par le pharmacien		
Pour le médicament	Au distributeur	Total
1.48	0.10	1.58
Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
19.20	1.58	20.78