

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 | : péc@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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	1837	Société :	90 YOSSE
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		KAGHAT	Abdelhag
Date de naissance :		15.08.1947	
Adresse :			
Tél. :		0650 93 55 84	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Age:			
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : 03-IV-2024			
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 à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à :

Le : 19/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacien(s) affilié(s) à

Jean Coutu

KAGHAT ABDELHAQ

15, Place Beausoleil
Laprairie, QC

Comptoir-TEL

450-659-3154

Total 4 Rx**70.13 \$**

Imprimé le : 28 mars 2024 08:36 4 76729 80063 2

33

180 METOPROLOL 25 MG, CO		Rx 1736909-0067 28 mars 2024 DIN 02296713	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
Dr BOILEAU, L. (112101)	Qté: 1260 Éch: 17 jan. 2026						Franchise	Co-Ass	
Montant résiduel RAMQ:	0.00 \$		32.73	RAMQ	32.73	0.00	32.73	0.00	0.00 \$
Contributions à ce jour:	0.00 \$								

Total à payer

32.73 \$

Reçu Original

RAMQ Réf: 4752389914-673155		Informations additionnelles										
RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749		Prix coûtant payé par le pharmacien										
· DATE PREVUE RENOUV.: 2024/04/06		Pour le médicament		Au distributeur		Total		Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré		
· ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)								20.40	12.33	32.73		
Montant résiduel RAMQ:		0.00 \$		23.79		RAMQ		23.79	0.00	13.07	3.54	7 18 \$
Contributions à ce jour:		0.00 \$										

Total à payer

16.61 \$

Reçu Original

2 x 30 ASAPHEN EC 80 MG, CO		Rx 1736910-0067 28 mars 2024 DIN 02238545	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
Dr BOILEAU, L. (112101)	Qté: 420 Éch: 17 jan. 2026						Franchise	Co-Ass	
Montant résiduel RAMQ:	0.00 \$		23.79	RAMQ	23.79	0.00	13.07	3.54	7 18 \$
Contributions à ce jour:	0.00 \$								

Total à payer

16.61 \$

Reçu Original

60 TEVA ATORVASTATIN 40 MG, CO		Rx 1736911-0067 28 mars 2024 DIN 02310910	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
Dr BOILEAU, L. (112101)	Qté: 420 Éch: 17 jan. 2026						Franchise	Co-Ass	
Montant résiduel RAMQ:	0.00 \$		35.37	RAMQ	35.37	0.00	0.00	11.67	23.70 \$
Contributions à ce jour:	0.00 \$								

Total à payer

11.67 \$

Reçu Original

RAMQ Réf: 4752392388-673158		Informations additionnelles										
RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749		Prix coûtant payé par le pharmacien										
· DATE PREVUE RENOUV.: 2024/04/06		Pour le médicament		Au distributeur		Total		Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré		
· ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)								20.40	3.39	16.61		
Montant résiduel RAMQ:		0.00 \$		23.79		RAMQ		23.79	0.00	13.07	3.54	7 18 \$
Contributions à ce jour:		0.00 \$										

Total à payer

16.61 \$

Reçu Original

30 CANDESARTAN 8 MG, CO		Rx 1736908-0067 28 mars 2024 DIN 02377934	Prix total	Ass.	Montant assuré	Montant non assuré	Contribution de l'assuré		Montant payé par l'assureur
Dr BOILEAU, L. (112101)	Qté: 210 Éch: 17 jan. 2026						Franchise	Co-Ass	
Montant résiduel RAMQ:	0.00 \$		27.61	RAMQ	27.61	0.00	0.00	9.12	18.49 \$
Contributions à ce jour:	0.00 \$								

Total à payer

9.12 \$

Reçu Original

RAMQ Réf: 4752378824-673159		Informations additionnelles								Contribution de l'assuré	
RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749		Prix coûtant payé par le pharmacien								Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré
· DATE PREVUE RENOUV.: 2024/04/06		Pour le médicament		Au distributeur		Total		Honoraires professionnels	Prix RGAM	Contribution totale de l'assuré	
· ORDONNANCE LONGUE DUREE: (060 JOURS)								20.40	7.21	9.12	
Montant résiduel RAMQ:		0.00 \$		27.61		RAMQ		27.61	0.00	9.12	18.49 \$
Contributions à ce jour:		0.00 \$									

Total à payer

9.12 \$

Reçu Original

Votre pharmacien affilié à Jean Coutu peut faire davantage pour vous faciliter la vie

Your Jean Coutu affiliated pharmacist can do more to simplify your life



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances avec notre **système téléphonique automatisé** 24 heures sur 24

Your pharmacist offers you prescription renewals at your convenience with our 24-hour **automated phone system**



Votre pharmacien vous offre de renouveler vos ordonnances par Internet ou via votre **Dossier santé en ligne au jeancoutu.com**

Your pharmacist offers you on-line prescription renewals by Internet or using your **Health Record at jeancoutu.com**



Renouvelez vos médicaments n'importe où grâce à notre **application mobile**

Refill your prescriptions anywhere thanks to our **mobile app**



Prenez une entente avec votre pharmacien et profitez du **service de renouvellement préautorisé**

Sign up with your pharmacist to benefit from the **preauthorized refill service**



Soyez avisé instantanément par texto ou par courriel dès que vos médicaments sont prêts. Abonnez-vous à notre **service de notification C'est prêt!**

You will automatically be notified by text or e-mail as soon as your medication is ready for pick-up. Sign-up to our **It's ready! Notification Service**

Contacts en cas d'urgence Emergency contacts

Nom/Name:

Lien/Relationship:

Tél./Tel.:

Nom/Name:

Lien/Relationship:

Tél./Tel.:

Médicaments non prescrits Over the counter medications

MD/DR:

Tél./Tel.:

Hôp./Hosp.:

Maladies/Illnesses: