

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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.
- Le radio-épris 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 une fois par an.

### 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.

203219

## Déclaration de Maladie

W21-848213

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Matricule : 4885 Société : RAY

Nom & Prénom : MABROUKI ABDELAOUI

Date de naissance : 04-03-1954

Adresse : 12165 Rue Cousineau, Montréal

H4K 1P7 (Québec), CANADA

Tél. : 0314382272189 Total des frais engagés : 14.63\$ (Hs)

0766634291

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BOULMAL AMIRA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : chronique

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : MONTREAL CANADA

Signature de l'adhérent(e) : *Amira Boumal*

Le : 26/03/2024



### 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 - RADIGRAPHIES

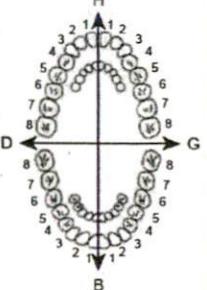
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| B |          |          |
| G |          |          |



### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

### Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**JULMAL****AMINA**12165 Rue Cousineau  
Vsl, QC, H4K1P7

438-227-2127

Comptoir



4.63 \$

40

Total 1 Rx

Imprimé le : 24 fév. 2024 12:34

4 70001 35062 4

60 PRO METFORMIN 500 MG, CO

Dr ACHKAR, M. (184526)

Ren: 14 Éch: 18 août 2024

Rx 1102362-5143

24 fév. 2024

DIN 02314908

Prix total

Ass.

Montant assuré

Montant non assuré

Contribution de l'assuré

Montant payé par l'assureur

Franchise

Co-Ass

Montant résiduel RAMQ: 73.23 \$

Contributions à ce jour: 26.42 \$

RAMQ Réf: 4726289268-288975

RAMQ RECLAMATION ACCEPTÉE 1-800-561-9749

11.78

RAMQ

11.78

0.00

1.11

3.52

7.15 \$

Total à payer

4.63 \$

## Informations additionnelles

| Prix coûtant payé par le pharmacien |                 |
|-------------------------------------|-----------------|
| Pour le médicament                  | Au distributeur |
| 1.48                                | 0.10            |
|                                     | 1.58            |

| Honoraires professionnels |
|---------------------------|
| 10.20                     |

| Prix RGAM | Contribution totale de l'assuré |
|-----------|---------------------------------|
| 1.58      | 4.63                            |

TAL Amina

963

BI : 04-03-1954

T= 4.63 \$ CAN

s/10



Pharmacien(s) affilié(s)

 Brunet

**Mathieu Roberge et Joseph Alexander Basa Inc.**

1605 Boul. Marcel-Laurin #100  
Saint-Laurent, H4R0B7  
514-764-2222



Pharmacien(s) affilié(s) à

 Brunet

**Mathieu Roberge et Joseph Alexander Basa Inc.**

1605 Boul. Marcel-Laurin #100  
Saint-Laurent, H4R0B7

**514-764-2222**

**BOULMAL, AMINA**

12165 Rue Cousineau  
Vsl, QC, H4K1P7

**438-227-2127**



(A) 101      (B)  
(C) 4.63      (D) 0.00  
4 69204 48783 1

Epouse, BOULM  
né le: 23/10/1  
MABROUKI ABDEA  
Nle: 4885