

## 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.
- 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 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-832895

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed Houd

Date de naissance : 26/12/1957

Adresse : 301-559 Rte St-Louis

LAVAL (GL) HTV OLS

Tél. : 154 546 8508 Total des frais engagés : CAD 480 \$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mohamed Houd Age : 66

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

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.

Le : / /

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019





### RELEVÉ 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

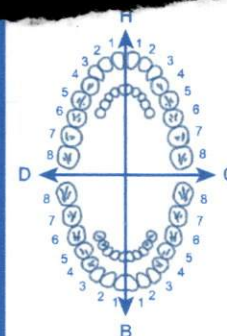
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

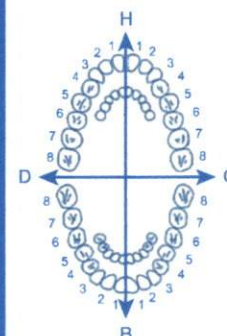
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	11433553	11433553

[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

480\$

DATE DU DEVIS

20/01/24

DATE DE L'EXECUTION

20/01/24

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dentiste - nom et coordonnées

Patient - nom et coordonnées

**Dr Scott MacKay**  
1101 Bélanger  
Montréal QC H2S1H6  
Licence no. 293729

Tél.: (514) 721-6006

No. fournisseur: 059372900

**M. Mohamed Moujoud**  
301-559 Saint-Louis  
Laval QC H1V0L5  
Dossier #: 118032  
Tél.: (514) 546-8508

**Délégation de paiement**

Je cède au dentiste nommé dans la présente l'indemnité payable en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elle lui soit versée directement.

Signature du participant

Date	Code de l'acte	Dent	Surface	Honoraires	Frais de laboratoire	Total des frais
20/01/2024	01300			55.00 \$	0.00 \$	55.00 \$
20/01/2024	02600			95.00 \$	0.00 \$	95.00 \$
20/01/2024	29100	14		110.00 \$	0.00 \$	110.00 \$
20/01/2024	29100	15		110.00 \$	0.00 \$	110.00 \$
20/01/2024	29100	17		110.00 \$	0.00 \$	110.00 \$

480.00 \$

**Plan de traitement** ☐ Cette évaluation n'est valide que pour 60 jours. Les honoraires ne tiennent pas compte des complications qui peuvent survenir pendant et après le traitement. Les frais de laboratoire sont approximatifs.

**Aucune date de traitement ne doit apparaître sur le formulaire**

Réservé au dentiste. Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes, les complications et les cas spéciaux.

**Total des honoraires: 480.00\$ Remboursé par l'assurance:**

**Page: 1 / 1**

La présente est une description exacte des soins fournis, ou à fournir s'il s'agit d'un plan de traitement, et des honoraires s'y rapportant.

Il se peut que les honoraires et les frais indiqués sur la présente formule ne soient pas couverts par mon régime d'assurance ou qu'ils ne le soient qu'en partie. Je comprends donc qu'il m'incombe de voir à ce que mon dentiste soit intégralement rémunéré pour le traitement effectué. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à mon organisme assureur ou à ses mandataires

20/01/2024

Signature du patient ou parent / tuteur

Date (J/M/A)

Signature du dentiste

No. de contrat: prive

No. compte / division:

No. certificat ou N.A.S. ou identité:

Employeur: \_\_\_\_\_

Assureur ou régime: Global benefits

Nom du participant: Mohamed Moujoud

Date de naissance (J/M/A): 26/12/1957

Lien de parenté avec le participant: Lui-même

Date de naissance (J/M/A): 26/12/1957

Cochez si l'enfant: handicapé ☐ étudiant ☐

Établissement scolaire:

Ces soins sont-ils couverts par une autre assurance soins dentaires?

Non ☐ Oui ☒

Si oui, No. police:

No. ident.

Nom de l'assureur:

Date N.

Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? Non ☐ Oui ☐

Si oui, date de l'accident: \_\_\_\_\_

Nature de l'accident: \_\_\_\_\_

Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? Non ☐ Oui ☐

Si non, indiquer la date et la raison de la mise en bouche: \_\_\_\_\_

Le traitement comprend-t-il des soins orthodontiques? Non ☒ Oui ☐

J'autorise la divulgation, à l'assureur ou à ses agents, de tout renseignement ou dossier relatif à la présente demande de règlement. Je déclare qu'à ma

connaissance ces renseignements sont véridiques, exacts et complets. Signature: \_\_\_\_\_ Date (J/M/A): 20/01/2024

1. Entrée en vigueur du régime (J/M/A): \_\_\_\_\_

3. Résiliation de l'assurance (J/M/A): \_\_\_\_\_

2. Entrée en vigueur de l'assurance de la personne à charge (J/M/A): \_\_\_\_\_

4. Titulaire du régime: \_\_\_\_\_

Signature autorisée

Titre

Date (J/M/A)



Numéro de facture : 265967

Date : 20/01/2024

**Carrefour Dentaire de Montreal**

Dr Scott MacKay  
1101 Bélanger  
Montréal ( Québec ) H2S 1H6  
(514) 721-6006  
info@carrefourdentaire.com

**M. Mohamed Moujoud**  
301-559 Saint-Louis  
Laval ( Québec ) H1V0L5

Patient : **M. Mohamed Moujoud**  
# Dossier : 118032

Code	Description	Dent	Surface	Frais lab.	Frais lab.	Honoraire	Montant
01300	Examen d'urgence			0.00 \$	0.00 \$	55.00 \$	55.00 \$
02600	Radiographie, panogramme, une pellicule			0.00 \$	0.00 \$	95.00 \$	95.00 \$
29100	Recimentation d'une couronne, un pont, un pivot, d'une facette	14		0.00 \$	0.00 \$	110.00 \$	110.00 \$
29100	Recimentation d'une couronne, un pont, un pivot, d'une facette	15		0.00 \$	0.00 \$	110.00 \$	110.00 \$
29100	Recimentation d'une couronne, un pont, un pivot, d'une facette	17		0.00 \$	0.00 \$	110.00 \$	110.00 \$
				0.00 \$	0.00 \$	480.00 \$	480.00 \$

Honoraire 480.00 \$  
Ajustement 0.00 \$  
Montant payé par le patient 480.00 \$  
Montant payé par l'assurance 0.00 \$  
Montant payé par la RAMQ 0.00 \$  
Solde dû par le patient 0.00 \$  
Solde dû par l'assurance 0.00 \$  
Solde dû par la RAMQ 0.00 \$  
Chèque postdaté 0.00 \$

Montant payé par le patient (détaillé)

Interac 20/01/2024 480.00

Votre prochain rendez-vous :

CARREFOUR DENTAIRE DE  
1101 RUE BELANGER H2S1H6  
MONTREAL QC  
24057737  
TM2405773705

**VENTE DEBIT**

No Lot: 074 NRE: 0010740150  
01/20/24 14:16:30  
No Facture: 13 No. REF: 00000015  
CODE APPR: 005668  
IDP/EPARGNE Puce  
\*\*\*\*\*4293  
INTERAC  
AID: A0000002771010

**MONTANT \$480.00**

**001 APPROUVE**

COPIE CLIENT

