

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 Langue 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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]
6773

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Laval (61)

Tél. 1514 546 8508

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements dans 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 : / /



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	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

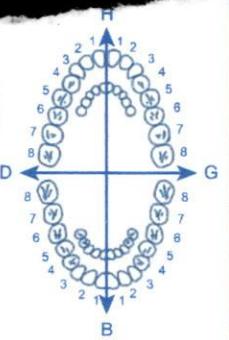
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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

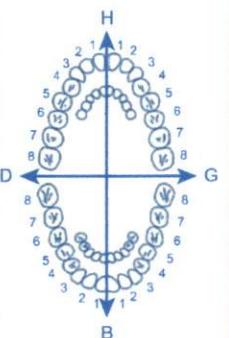
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



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

20/01/24

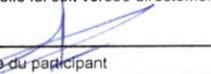
DATE DE L'EXECUTION

20/01/24

Dentiste - nom et coordonnées

Patient - nom et coordonnées

Dr Scott MacKay 1101 Bélanger Montréal QC H2S1H6 Licence no. 293729 Tél.: (514) 721-6006		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

Réservez 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 rénumétré 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: privé 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

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

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

Si oui, date de l'accident:

Cochez si l'enfant: handicapé étudiant

Nature de l'accident:

Établissement scolaire:

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

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

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

Non Oui

No. ident.

Si oui, No. police:

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

Nom de l'assureur: Date N.

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 vérifiables, 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

Carrrefour 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 \$	Montant payé par le patient (détailé)		
Ajustement	0.00 \$			
Montant payé par le patient	480.00 \$	Interac	20/01/2024	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 \$			

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

