

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0027222

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : DAA  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Senha Nadi  
 Date de naissance : 10.8.1961  
 Adresse : 22 Rue La Fontaine Bessier O. Reine  
 Tél. : 0642405037 Total des frais engagés : 2459 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Rx#: 4654993 DOB: 8/20/1961 0/0 9/14/2022 (C)  
 BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037  
 #30 CRESTOR TAB 10MG 00310-0751-90 ASTRAZENEC  
 PARK, DOC DEA # BP1693549 Rph AM  
 Copy \$245.00 Ins Paid \$245.00 Auth#

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### 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 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

Autorisation CNDP N° : A-A-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 | De   | <b>HARLEM PHARMACY &amp; SURGICALS</b><br>DEAF FL2804498<br>LENEX STAR PHARMACY, INC.<br>531 Lenox Avenue<br>New York, NY 10037<br>PHONE # 212-368-7900<br>FAX # 212-368-3999 |
|  | BENNIS, NADIA<br>HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037<br>Rx#: 4654993<br>#30 CRESTOR TAB 10MG<br>NDC: 00310-0751-90<br>Refills: 0<br>Plan: C | Date Filled: 9/14/2022<br>Due : \$245.00  |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

|  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| <p>Patient Counselling For: BENNIS, NADIA<br/>Rx#: 4654993<br/>Drug: CRESTOR TAB 10MG</p> <p><b>WHAT IS THIS MEDICATION?</b><br/>ROSUVASTATIN (ros SOO va sta tin)<br/>treats high cholesterol and reduces the risk of heart attack and stroke.</p> <p>It works by decreasing bad cholesterol and fats (such as LDL, triglycerides), and increasing good cholesterol (HDL) in your blood. It belongs to a group of medications called statins. Changes to diet and exercise are often combined with this medication.</p> <p><b>This medicine may be used for other</b></p> | <p><b>WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM RECEIVING THIS MEDICATION?</b><br/>Side effects that you should report to your care team as soon as possible:<br/>-Allergic reactions-skin rash, itching, hives, swelling of the face, lips, tongue, or throat -High blood sugar (hyperglycemia)-increased thirst or amount of urine, unusual weakness,</p> | <p>Montant des Honoraires</p> |
|--|---|-------------------------------|

LAST REFILL

# DICAUX

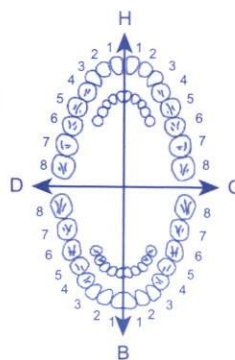
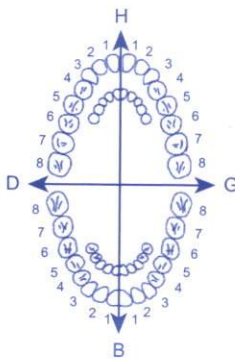
| Nombre |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--------|----|----|---------------------------------|
| PC     | IM | IV |                                 |
|        |    |    |                                 |
|        |    |    |                                 |
|        |    |    |                                 |
|        |    |    |                                 |
|        |    |    |                                 |
|        |    |    |                                 |
|        |    |    |                                 |
|        |    |    |                                 |

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|---|---|------------------|-------------|--|---|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|--|
|    |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table> |                  |             | H  |   | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H   |                  | H           |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   | 25533412  | 21433552         |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   | 00000000  | 00000000         |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   | D   |                  | G           |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   | 00000000  | 00000000         |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   | 35533411  | 11433553         |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   | B   |                  | B           |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |
|   |   |                  |             |  |   |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION