

# 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

- 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.

M22- 0027226

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

<b>Cadre réservé à l'adhérent [e]</b>	
Matricule :	5573
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : Serhaj Abdellah	
Date de naissance :	20.8.81
Adresse : 22 Rue La fontaine qu. Loraine case	
Tél. :	06.42405037
Total des frais engagés : 135 Dhs	

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	Rx#: 4654992 DOB: 8/20/1961 O/O 9/14/2022 (C) BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York, NY 10037 #60 OMEPRAZOLE DR CER 20MG 60505-0065-01 APOTEX COR PARK, DOC DEA#BP1693549 Rph AM Copay: \$135.00 Ins Paid: \$135.00 Auto#:		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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) :



## 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



**HARLEM PHARMACY & SURGICALS**  
LENOX STAR PHARMACY, INC.  
531 Lenox Avenue  
New York, NY 10037  
DEA# FL2804498  
FAX # 212-368-3999 PHONE # 212-368-7900

BENIS, NADIA

e

HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037

(212) -

Rx#: 4654992

Date Filled: 9/14/2022

#60 OMEPRAZOLE DR CER 20MG

NDC: 60505-0065-01

Refills: 0

Plan: C



Due : \$135.00

\*\* THANK YOU \*\*

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Médecin

Date

Désignation des Patients

Montant des Honoraires

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA

Rx#: 4654992

Drug: OMEPRAZOLE DR CER 20MG

WHAT IS THIS MEDICATION?

OMEPRAZOLE (oh ME pray zole) is used to treat heartburn, stomach ulcers, reflux disease or other conditions that cause too much stomach acid. It works by reducing the amount of acid in the stomach. It belongs to a group of medications called PPIs.

This medicine may be used for other purposes; ask your health care provider or pharmacist if you have questions.

**BN**

LAST REFILL

ICAUX

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

PC

IM

IV

Please Detach and Print Out. Please see the Pharmacist



## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION