

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0027226

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RA D  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 135399  
 Nom & Prénom : P. Senhaji Nadia  
 Date de naissance : 20. 8. 81  
 Adresse : 22 Rue la fontaine qu Parcine box  
 Tél. : 06.4405037 Total des frais engagés : 135 \$ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Rx#: 4654992 DOB: 8/20/1961 0/0 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 Auth#  
 Cachet du médecin :  
 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



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

BENNIS, NADIA

(212) -

HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037

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 - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du

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 prey zol) 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.

WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM TAKING THIS MEDICATION?

Side effects that you should report to your care team as soon as possible:

-Allergic reactions-skin rash, itching, hives, swelling of the face, lips, tongue, or throat -Kidney injury-decrease in the amount of urine, swelling of the ankles, hands, or feet -Low magnesium level-muscle pain or cramps, unusual weakness, fatigue, fast or irregular heartbeat.

LAST REFILL

# ANALYSES

Nombre

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires



For Detailed Print Out, Please ask the Pharmacist

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

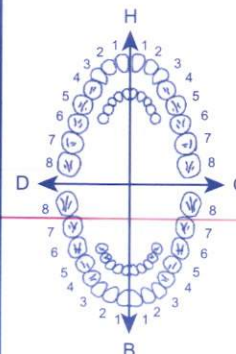
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

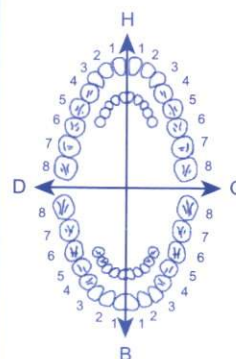
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION