

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

- 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.

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAN
 Actif Pensionné(e) Autre : 135398
 Nom & Prénom : Senhaji Nadej
 Date de naissance : 20.8.61
 Adresse : 22 Rue lafonhain G. Racine cases
 Tél. 052205037 Total des frais engagés : 85 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Rx#:4654999 DOB: 1/29/1952 0/0 10/12/2022 (C)
 BENNIS, SAMIR HOTEL NEW YORK NY 10037
 #6.6 CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%
 PARK, DOC 00713-0317-88 G AND W LA
 Copay \$85.00 Ins Paid \$85.00 DEA # BP1693549 Rph AM
 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) :



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	<div style="text-align: center;">  HARLEM PHARMACY & SURGICALS LENOX STAR PHARMACY, INC. 531 Lenox Avenue New York, NY 10037 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <small>DEA# FL2804498</small> <small>FAX # 212-368-3999</small> PHONE # 212-368-7900 </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> BENNIS, SAMIR HOTEL NEW YORK NY 10037 Rx#: 4654999 #6.6 CICLOPIROX TOPICAL SOL 8% NDC: 00713-0317-88 Refills: 0 </div> <div style="flex: 1; text-align: right;"> Date Filled: 10/12/2022 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Due : \$85.00 </div> </div> </div>
---	---

** THANK YOU **
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

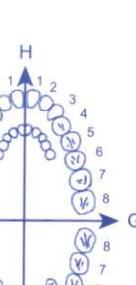
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

INVENTAIRE DES TRAVAUX		FACTURATION		CCEFFICIENT DES TRAVAUX											
		H <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> D G B		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553		
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
MONTANTS DES SOINS <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
DATE DU DEVIS <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
DATE DE L'EXECUTION <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION