

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 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 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- 0027223

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAN.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 139035
 Nom & Prénom : Benha j. Nadia
 Date de naissance : 20.8.61
 Adresse : 22 rue lafontaine RS 2019 Sq. Roine
 Tél. : 06 4240 5037 Total des frais engagés : 129 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Rx#: 4654997 DOB: 1/29/1952 O/O 10/12/2022 (C)
 BENNIS, SAMIR HOTEL NEW YORK NY 10037
 #30 LAMISIL TAB 250MG
 PARK, DOO 54569-4406-00 ALLSCRIPTS
 Copay \$189.55 Ins Paid \$189.55 DEA #BP1693549 Rph AM
 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

- 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.

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

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

BENNIS, SAMIR

HOTEL NEW YORK NY 10037

Rx#: 4654997

#30 LAMISIL TAB 250MG

NDC: 54560-4406-00

Refills: 0

Plan: C

** THANK YOU **



Date Filled: 10/12/2022

Due : \$189.55

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Le Patient Counselling For: **BENNIS, SAMIR**

Rx#: 4654997

Drug: LAMISIL TAB 250MG

WHAT IS THIS MEDICATION?

TERBINAFINE (TER bin a feen) is an antifungal medicine. It is used to treat certain kinds of fungal or yeast infections.

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 RECEIVING THIS MEDICATION?

Side effects that you should report to

B S

allergic reaction like skin rash or hives, swelling of the face, lips, or tongue -changes in vision -dark urine -fever or infection -general ill feeling or flu-like symptoms -light-colored stools -loss of appetite, nausea -rash, fever, and swollen lymph nodes -redness,

itching, peeling or loosening of the skin, including inside the mouth

LAST REFILL

tion des dents

Montant des Honoraires

CAUX

Nombre

C

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

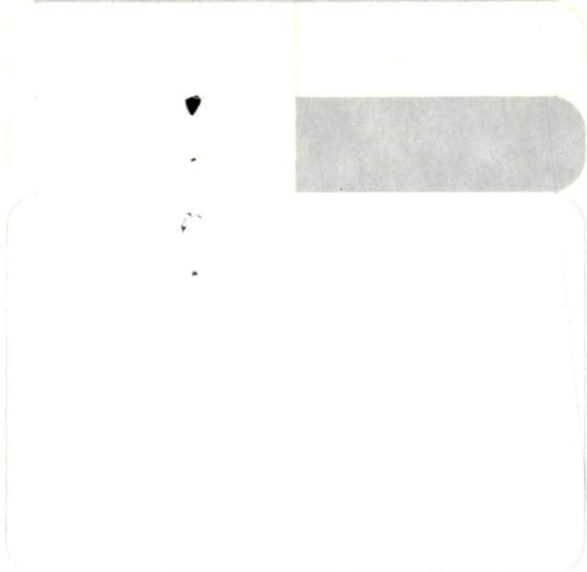
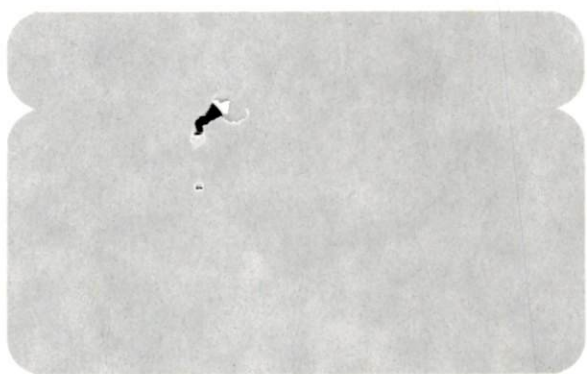
Important :

Veillez 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 <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> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
		[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
				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





HARLEM PHARMACY & SURGICALS

LENEX STAR PHARMACY, INC. DEA# FL2804498

531 Lenox Avenue
New York, NY 10037

FAX #

212-368-3999

PHONE #

212-368-7900

RX#:4654997

DEA# : FL2804498

D/F: 10/12/2022

D/O: 5/1/2022

BENNIS, SAMIR

HOTEL NEW YORK NY 10037

C

AM

TAKE ONE TABLET BY MOUTH DAILY

LAMISIL 250MG TAB

(BRAND for TERBINAFIN) Mfg: ALLSCRIPTS

Qty:30

Dr. PARK, DOO

Refills: 0

Protect from light

Rx#:4654997



Rx#:4654997

BENNIS, SAMIR

10/12/2022

C

X

1122-0027223