

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, implants 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- 0027223

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5573 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benha j Nada

Date de naissance : 20-8-61

Adresse : 22 rue la fontaine les sois qd. fakir

Cas 9

Tél. : 06 42110 5037

Total des frais engagés : 1298 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Rx#:**4654997** DOB: **1/29/1952** O/O **10/12/2022 (C)**
BENNIS, SAMIR
#30 LAMISIL TAB 250MG
PARK, DOG
Copay \$189.55 Ins Paid \$189.55
HOTEL NEW YORK NY 10037
\$4569-4406-00 ALLSCRIPTS
DEA # BP1693549 Rph AM
Auth#

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 NOV. 2021

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur |  HARLEM PHARMACY & SURGICALS LENOX STAR PHARMACY, INC. 531 Lenox Avenue New York, NY 10037 | <small>DEA# FL2804498</small> <small>FAX # 212-368-3999</small> PHONE # 212-368-7900 |
| | BENNIS, SAMIR (212) - HOTEL NEW YORK NY 10037 Rx#: 4654997 Date Filled: 10/12/2022 #30 LAMISIL TAB 250MG NDC: 54569-4406-00 Refills: 0 Plan: C Due : \$189.55 ** THANK YOU ** | |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

L₅ Patient Counselling For: BENNIS, SAMIR

Rx#:4654997

Drug: LAMISIL TAB 250MG

WHAT IS THIS MEDICATION?

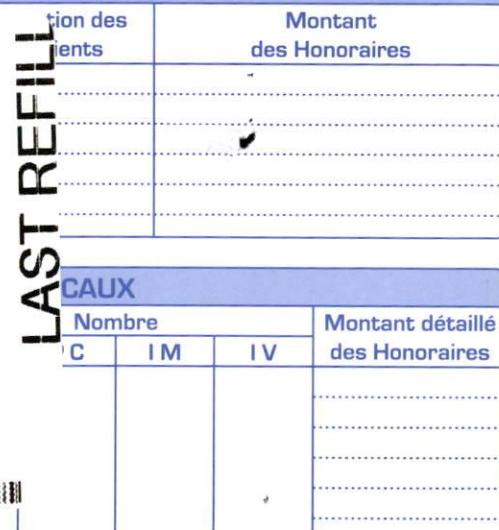
B **T** **E** **R** **I** **B
TERBIFUNAFINE (TER bin a feen) is an
antifungal medicine. It is used to
treat certain kinds of fungal or yeast
infections.**

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 *scratching, peeling or loosening of
RECEIVING THIS MEDICATION?* *the skin, including inside the mouth.*

Side effects that you should report to

Do Not Point Out. Please ask 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.

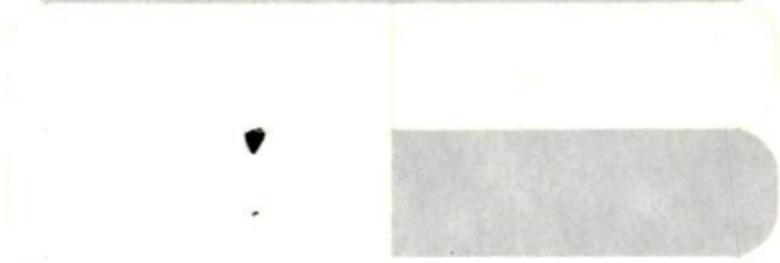
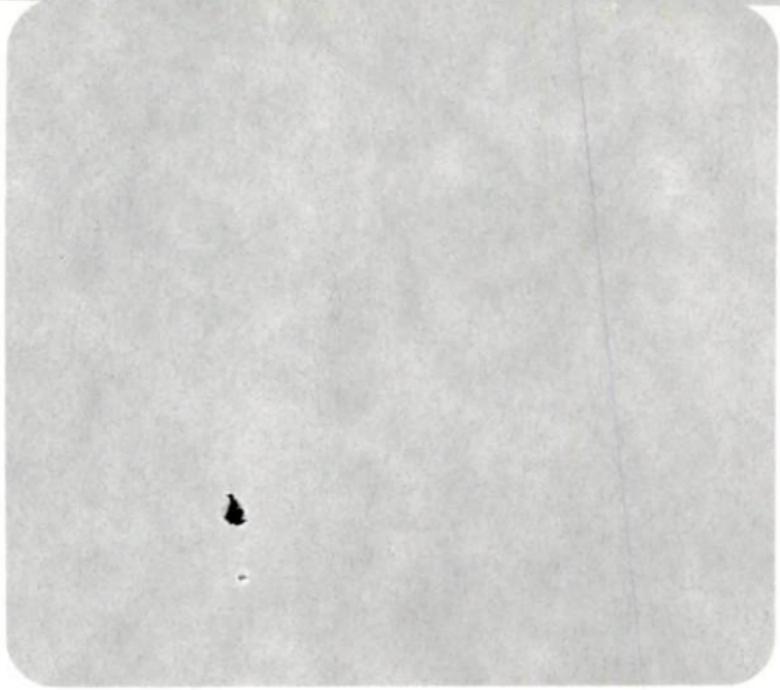
Important :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|---|---------------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | Coefficient des travaux |
| | D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 | | Montants des soins |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





HARLEM PHARMACY & SURGICALS

LENOX STAR PHARMACY, INC. DEA# FL2804498
531 Lenox Avenue FAX #
New York, NY 10037 212-368-3999

PHONE #

212-368-7900

RX#:4654997

DEA# : FL2804498 D/F: 10/12/2022

BENNIS, SAMIR

FAX #

D/O: 5/1/2022

HOTEL NEW YORK NY 10037

C

TAKE ONE TABLET BY MOUTH DAILY AM

DRUG PACKAGE, LLC • 1-800-325-6137 • www.drugpackage.com • LASCL-13TL

LAMISIL 250MG TAB

(BRAND for TERBINAFIN) Mfg: ALLSCRIPTS

Dr. PARK, DOO

Qty:30

Refills: 0

Protect from light

Rx#:4654997



Rx#:4654997
BENNIS, SAMIR

10/12/2022

C

X

123-0027223