

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.

M22- 0022623

145456

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Seuhaf

Date de naissance : 20. 8. 61

Adresse : 22 Rue La Fontaine Russes au Maroc

Télé : 0642405037

Total des frais engagés : 195.8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Rx#: 4654991 DOB: 8/20/1961 0/1 11/16/2022 (C)
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
#230 NEXIUM CAP 40MG 00186-5040-31 ASTRAZENECA
PARK, DOO Copay \$195.00 Ins Paid \$195.00 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) :



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



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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

BENNIS, NADIA

HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037

(212) -

Rx#: 4654991

#230 NEXIUM CAP 40MG

NDC: 00186-5040-31

Refills: 1

Plan: C



** THANK YOU **

Date Filled: 11/16/2022

Due : \$195.00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du

Date

Désignation des coefficients

Montant des Honoraires

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA

Rx#: 4654991

Drug: NEXIUM CAP 40MG

WHAT IS THIS MEDICATION?

ESOMEPRAZOLE (es oh ME praz oh zole)

WHAT SIDE EFFECTS MAY NOTICE FROM

heartburn, stomach ulcers, reflux

REMOVING THIS MEDICATION?

disease, or other conditions that

affects the teeth. You should report to

cause too much stomach acid. It works

your care team as soon as possible

by reducing the amount of acid in the

stomach. It belongs to a group of

medications called PPI's

This medicine may be used for other

purposes; ask your health care

provider or pharmacist if you have

questions.

Ask a pharmacist about side effects.

BEN

WHAT SIDE EFFECTS MAY NOTICE FROM

REMOVING THIS MEDICATION?

disease, or other conditions that

affects the teeth. You should report to

cause too much stomach acid. It works

your care team as soon as possible

by reducing the amount of acid in the

stomach. It belongs to a group of

medications called PPI's

This medicine may be used for other

purposes; ask your health care

provider or pharmacist if you have

questions.

Ask a pharmacist about side effects.

DICAUX

Nombre

PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

For a Detailed Patient Out Plan, see the Pharmacist.

PC

IM

IV

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

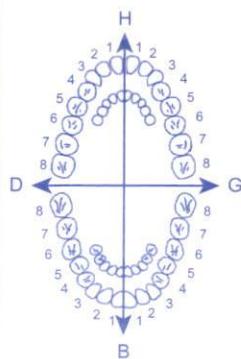
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

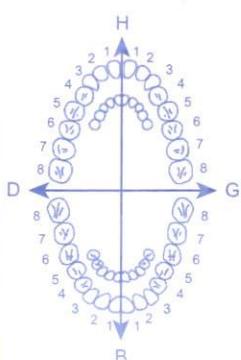
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[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