

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

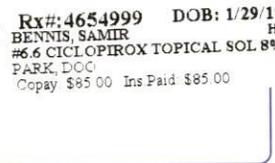
M22- 0038812

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAN 157420
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Seuhaj Nedig
 Date de naissance : 20.8.61
 Adresse : 27. rue la fontaine Restour de laeine Cass
 Tél. : 0602460337 Total des frais engagés : 85 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  DOB: 1/29/1952 0/0 2/15/2023 (C) HOTEL NEW YORK NY 10037 00713-0317-88 G AND W LA DEA # BP1693549 Rpt 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 R
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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. DE# FL2904498
 531 Lenox Avenue FAX #
 New York, NY 10037 212-368-3999 212-368-7900

BENNIS, SAMIR (212) -
 HOTEL NEW YORK NY 10037

Rx#: 4654999 Date Filled: 2/15/2023
 #6.6 CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%
 NDC: 00713-0317-88

Refills: 0

Plan: C



Due : \$85.00

** THANK YOU **

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Patient Counselling For: **BENNIS, SAMIR**
 Rx#: 4654999
 Drug: CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%

WHAT IS THIS MEDICATION?

CICLOPIROX (eye kide PEER ax) NAIL

SOLUTION is an antifungal medicine. It

used to treat fungal infections of the

nails

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

BS

your doctor or health care

professional as soon as possible

if you have a severe allergic

reaction like skin rash,

swelling or hives, wheezing or the

face, lips, or tongue -severe

irritation, redness, burning,

blistering, peeling, swelling, oozing

Side effects that usually do not

require medical attention (report to

your doctor or health care

professional if they continue or are

bothersome). -mild reddening of the

LAST REFILL

IX		Montant détaillé des Honoraires
Nombre		
IM	IV	

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 canaux, 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"/>

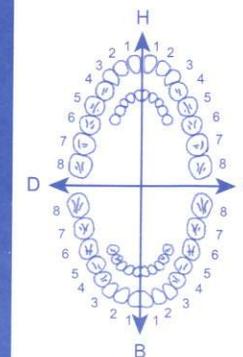
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
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