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.

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

---

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0038811

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 157418

Nom & Prénom : Senhaji Nadia

Date de naissance : 20. 8. 1961

Adresse : 22 Rue La fontaine Res Sara Qu Racine Casa

Tél. : 0642405037 Total des frais engagés : 75$ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Rx#: 4671349 DOB: 1/29/1952 0/0 3/14/2023 (C)
HOTEL NEW YORK NY 10037
BENNIS, SAMIR
#90 IBUPROFEN TAB 600MG
49483-0603-50 TIME CAP L
DEA # BP1693549 Rph CC
PARK, DOO
Copay $75.00 Ins Paid $75.00
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.

ACCUEIL 14 AVR 2023 MUPRAS

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) : ....

[redacted]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	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.
531 Lenox Avenue
New York, NY 10037
DEA# FL2804498
FAX # 212-368-3999
PHONE # 212-368-7900

BENNIS, SAMIR (212) -
HOTEL NEW YORK NY 10037
Rx#: 4671349
#90 IBUPROFEN TAB 600MG
NDC: 49483-0603-50
Refills: 0
Plan: C
Date Filled: 3/14/2023
Due : $75.00
** THANK YOU **

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Patient Counselling For: BENNIS, SAMIR
Rx#: 4671349
Drug: IBUPROFEN TAB 600MG

BS

LAST REFILL

WHAT IS THIS MEDICATION?
IBUPROFEN (eye BYOO proe fen) treat mild to moderate pain, inflammation, or arthritis. It may also be used to reduce fever. It belongs to a group of medications called NSAIDs.
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 care team as possible: -Allergic reaction-skin rash, itching, hives, swelling of the face, lips, tongue, or throat -Bleeding-bloody or black, tar-like stools, vomiting blood or brown material that looks like coffee grounds, red or dark brown urine, small red or purple spots on skin, unusual bruising or bleeding -Heart attack-pain or tightness in the chest, shoulders, arms, or jaw, nausea,

For a Detailed Print Out, Please ask the Pharmacist

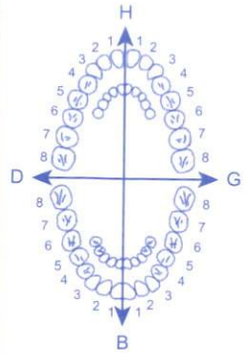
...DICAUX

Nombre			Montant détaillé des Honoraires
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

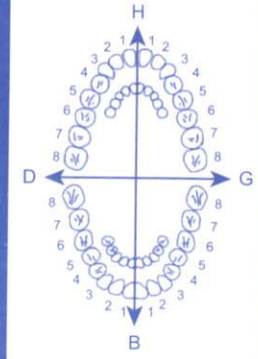
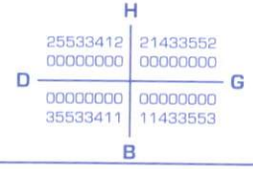
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient
			

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE
	

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION