

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricole : 5573

Société :

Actif Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : Benhaja Nadia

Date de naissance : 20/3/61

Adresse : 92. Rue 1a. Jemaa Roudha 201

Lacine

Tél. : 06421005037

Total des frais engagés : 189 Dhs

Rx#:4671315 DOB: 8/20/1961
BENNIS, NADIA 0/2 5/16/2023 (C)
#30 TERBINAFINE HCL TAB 250MG HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
PARK, DOG 51991-0526-33 BRECKENRID
Copay \$189.00 Ins Paid \$189.00 DEA# BP1693549 Rph CC
Auth#

Cadre réservé au Médecin

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.

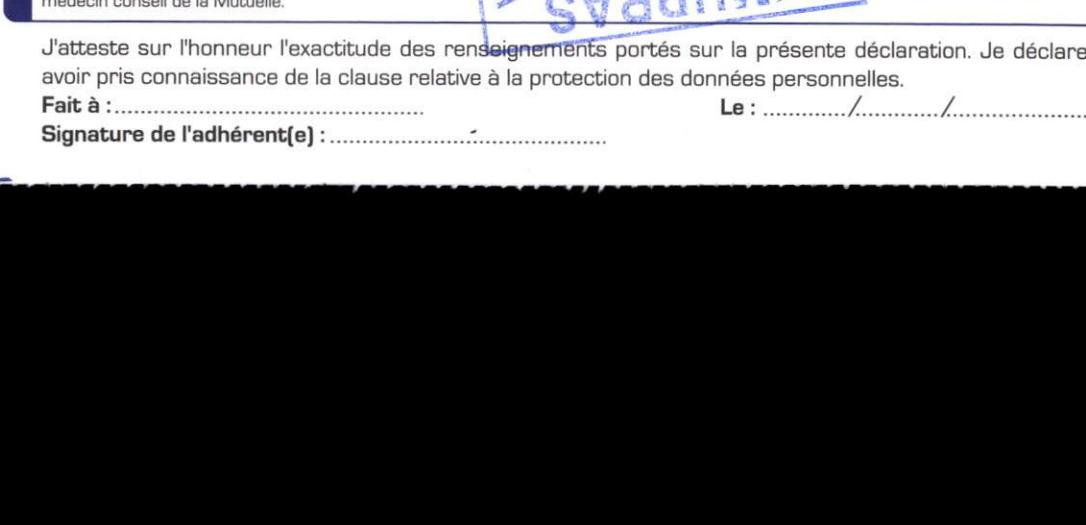
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent[e] :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	 HARLEM PHARMACY & SURGICALS <small>LENOX STAR PHARMACY, INC. 531 Lenox Avenue New York, NY 10037</small>
<small>DEA# FL2804498</small> <small>FAX # 212-368-3999</small> <small>PHONE # 212-368-7900</small>	<small>ire</small>
BENNIS, NADIA (212) - <small>HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037</small>	
Rx#: 4671315 Date Filled: 5/16/2023 #30 TERBINAFINE HCL TAB 250MG <small>NDC: 51991-0526-33</small>	
Refills: 2 Due : \$189.00 Plan: C	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA
Rx#: 4671315
Drug: TERBINAFINE HCL TAB 250MG

WHAT IS THIS MEDICATION?
TERBINAFINE (TER-bi-nuh-feen) is an antifungal medicine. It is used to treat certain kinds of fungal or yeast infections.

Cachet et sig du Pratic

purposes; ask your health care provider or pharmacist if you have questions.

Diarrhea - loose or watery stools - more than 4 times a day - may be yellow, green, or brown - may contain mucus or blood - may be caused by food poisoning, infection, or medicine - may be a symptom of other diseases

Stomach upset - nausea - may be caused by food poisoning, infection, or medicine - may be a symptom of other diseases

Headache - may be caused by medicine - may be a symptom of other diseases

Other - may cause other side effects. Call your doctor if you have any unusual problems.

WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM ~~receiving~~, peeling or loosening of the skin, including inside the mouth, RECEIVING THIS MEDICATION?

Side effects that you should report to

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 <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			
	$ \begin{array}{r rr} H & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ B & & \end{array} $			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