

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-802761

167744

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3183 Société : JOUTOT Abdelilah

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL AHRAJ

Date de naissance : 11/01/1953

Adresse : VILLA 7 Lakher & TOURIA BOUCHEOURA

CENTRE COOP

Tél. : 0661595001 Total des frais engagés : 27,92 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 06/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
\$15.99 Julie Mance Nicki Mance	5/24/23	Hibikens Over the counter Product (etc)

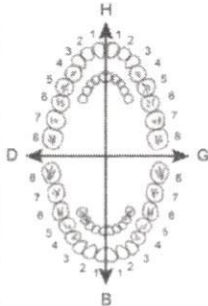
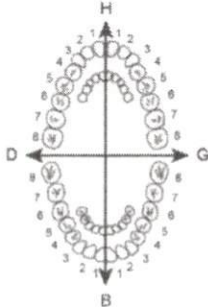
[illegible][illegible]

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	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25833412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35933411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25833412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35933411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25833412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35933411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

not start, stop, or change the dosage of any medicines without your doctor's approval.

OVERDOSE:

If someone has overdosed and has serious symptoms such as passing out or trouble breathing, call 911. Otherwise, call a poison control center right away. US residents can call their local poison control center at 1-800-222-1222. Canada residents can call a provincial poison control center. Symptoms of overdose may include: fast/pounding/irregular heartbeat, loss of consciousness, confusion, seizures.

NOTES:

Do not share this medication with others. Lab and/or medical tests (such as thyroid function) should be done while you are taking this medication. Keep all medical and lab appointments. Consult your doctor for more details.

MISSED DOSE:

If you miss a dose, take it as soon as you remember. If it is near the time of the next dose, skip the missed dose. Take your next dose at the regular time. Do not double the dose to catch up unless your doctor tells you to do so. Call your doctor if you miss 2 or more doses in a row. Ask your doctor ahead of time what to do about a missed dose and follow your doctor's specific directions.

STORAGE:

Store at room temperature away from light and moisture. Do not store in the bathroom. Keep all medications away from children and pets. Do not flush medications down the toilet or pour them into a drain unless instructed to do so. Properly discard this product when it is expired or no longer needed. Consult your pharmacist or local waste disposal company.

Information last revised March 2023. Copyright(c) 2023 First Databank, Inc.

Any questions about your medication? Contact your pharmacist:
Min Wei Li, RPh
TEL: (718) 761-2900

Keep Out of Reach of Children. Important Disclaimer: The side effects described in this document do not reflect all the possible risks that could be caused by this medication. For further information, please consult with your physician about the uses, precautions and risks of the medication specific to your health. This information is obtained from First DataBank for use as an educational aid.

Item#: 405761

WAITING
EL **67**

Promised: 5/24/23, 3:53 PM

Scripts: 01



27 1736032 000 001 00 0001199

Elamranijoutey, Abdel

Counsel New Drug

53 Sommer Ave, Staten Island, NY 10304

DOB: 12/53

TEL: (917) 444-5360

Prescription Information



See back for more information

LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET

Common brand(s): Levothroid, Levoxyl, Synthroid, Unithroid

Take 1 tablet by mouth every day

Important Information

- Take this medication on an empty stomach.
- Take this medication with plenty of water.
- Do not take antacids, calcium or iron within 4 hrs of taking this drug.
- Take as a single daily dose before breakfast.
- Take or use this exactly as directed. Do not skip doses or discontinue.

Receipt & Refill Information

CVS Pharmacy
1654 Richmond Ave
Staten Island, NY

STORE#: 6050

STORE TEL: (718) 761-2900
RX: 1736032 00

INSURANCE INFORMATION:

No insurance applied

TP: 1

GR: 1

AUTH: T7230524PHN6F1

LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET

NDC: 00378-1803-10 DAW: 0
QTY: 30 EA

CAP: Safety MFR PKG: Yes

REFILL: 0 Refills
MFR: MYLAN
PRSCBR: Nicole White
DAYS SUPPLY: 30
DATE FILLED: 5/24/23

AMOUNT DUE: \$11.99

Notes from the Pharmacy

CVS pharmacy™

OPEN
HERE



1654 RICHMOND AVE, STATEN ISLAND, NY
PHARMACY: 761-2900 STORE: 370-1636

REG#13 TRN#0329 EHR#0290211 STR#6050

Helped by: NAKETSHA

ExtraCare Card #: *****3098

F 1 HIBICLEN LQD 8Z 15.99N

TOTAL 15.99
CHARGE 15.99

*****0951

VISA CREDIT

*****0951

APPROVED# 035260

REF# 133299

TRAN TYPE: SALE

AID: A0000000031010

TC: 505F6F807BF78E20

TERMINAL# 83598805

NO SIGNATURE REQUIRED

CVM: 1F0000

TVR(95): 0000000000

TSI(98): 0000

CHARGE .00



3506 0503 1440 3291 35

Returns with receipt, subject to
CVS Return Policy, thru 07/23/2023
Refund amount is based on price
after all coupons and discounts.

MAY 24, 2023

3:51 PM



F=FLEXIBLE SPENDING ACCT SUMMARY (FSA)
Health Care Eligible Total 15.99

FSA summary above includes items
(and tax) that may be eligible for plan
reimbursement. Restrictions may apply.

THANK YOU SHOP 24 HOURS AT CVS.COM

ExtraCare Card balances as of 05/19

Year to Date Savings 74.63

Buy 7 Get One FREE:

Select Hair Color

Quantity Toward Free Extra 8

Quantity Needed for Free Extra 6

Access all coupons & rewards, and
track your 2% earnings in the CVS
Pharmacy app!
