

## 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- 0022635

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Senhaji Nadjy  
 Date de naissance : 20-8-61  
 Adresse : 92 Rue Lafayette Ris. Sana  
 Cccs :  
 Tél. : 06 42 40 50 37  
 Rx# : 4671313 DOB : 8/20/1961  
 BENNIS, NADIA  
 #6.6 CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%  
 PARK, DOC  
 Copay \$85.00 Ins Paid: \$85.00  
 0/2 7/11/2023 (C)  
 HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037  
 50383-0419-06 HI TECH PH  
 DEA # BP1693549 Rph CC  
 Auth#:  
 Les frais engagés : 85 \$ Dhs

### Cadre réservé au

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

### Adresses Mails utiles

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



# 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

**HARLEM PHARMACY & SURGICALS**  
 LENOX STAR PHARMACY, INC.  
 531 Lenox Avenue  
 New York, NY 10037  
 DEA# FL2804488  
 FAX # 212-368-3999  
 PHONE # 212-368-7900

BENNIS, NADIA

HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037

Rx#: 4671313

#6.6 CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%

NDC: 50383-0419-06

Refills: 2

Plan: C

THANK YOU

Date Filled: 7/11/2023

Due : \$85.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radir

Date

Désignation des

Montant des Honoraires

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA

Rx#: 4671313

Drug: CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%

WHAT IS THIS MEDICATION?

CICLOPIROX (sya kiba PEER ox) treats

fungus infections of the nails. It

belongs to a group of medications

called antifungals. It will not treat

infections caused by bacteria or

viruses.

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

REMOVING THIS MEDICATION?

Side effects that you should report to

your care team as soon as possible:

-Allergic reaction (skin rash,

itching, hives, swelling of the face,

lips, tongue, or throat -Burning,

itching, crusting, or peeling of

treated skinSide effects that usually

do not require medical attention

(report to your care team if they

continue or are bothersome):

-Change in nail shape, thickness, or

Montant détaillé des Honoraires

Cachet et signature du Praticien

For a Detailed Print Out, Please ask the Pharmacist



# 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553	
H		G																									
25533412	21433552																										
00000000	00000000																										
D			B																								
00000000	00000000																										
35533411	11433553																										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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