

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : *5573*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Senhaji Nadia*

Date de naissance : *20.8.61*

Adresse : *22. Rue la fontaine Residus de la Reine*

Tél :

Total des frais engagés :

130\$

Dhs
Rx#: 4675827 DOB: 8/20/1961 0/0 1/9/2024 (C)
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
#120 IBUPROFEN TAB 600MG 49483-0603-50 TIME CAP L
PARK, DOO DEA#BP1693549 Rph AM
Copay \$130.00 Ins Paid \$130.00 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) :

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



HARLEM PHARMACY & SURGICALS

LENOX STAR PHARMACY, INC. DEA# F2804498
531 Malcolm X Blvd / Lenox Avenue Fax

New York, NY 10037 212-368-3999

212-368-7900

Phone

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

BENNIS, NADIA

HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037

Rx# 4675827

#120 IBUPROFEN TAB 600MG

NDC: 49483-0603-50

Refills: 0

Plan: C

** THANK YOU **

Date Filled: 1/9/2024

Due : \$130.00

de la Facture

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA
Rx#: 4675827
Drug: IBUPROFEN TAB 600MG

WHAT IS THIS MEDICATION?

IBUPROFEN (eye BYOO proh' fen) is a nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) that reduces pain, inflammation, and fever. It may also be used to 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 your health care provider or pharmacist if you have them:

- Allergic reactions: skin rash, 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.
- Heartburn: pain or tightness in the chest.

RADIOPHIES

Montant des Honoraires

des Actes

Montant des Honoraires