

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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

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° M20- 0009717

59466

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573

Société : RAD

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Senhaji Nadiya

Date de naissance : 20/08/61

Adresse : 22 Rue La Fontaine des Songes

9. Racine Coen

Tél. : Total des frais engagés : 245 \$ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Rx#: 4653643 DOB: 8/20/1961 O/O 12/18/2020 (C)  
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037  
#30 CRESTOR TAB 10MG 00310-0751-90 ASTRAZENECA  
PARK, DOG DEA # BP1693549 Rph Al  
Cipay \$245.00 Ins Paid \$245.00 Auth#

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 12/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



**HARLEM PHARMACY & SURGICALS**  
LENEX STAR PHARMACY, INC.  
 531 Lenox Avenue  
 New York, NY 10037  
DEA# FL2804498  
 PHONE # 212-368-3999  
 FAX # 212-368-7900

**BENNIS, NADIA**

(212) -

HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037

Rx#: 4653643

Date Filled: 12/18/202

#30 CRESTOR TAB 10MG

NDC: 00310-0751-90

Refills: 0

Plan: C



Due : \$245.00

\*\* THANK YOU \*\*

# ANALYSE

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

Patient Counselling For: **BENNIS, NADIA**

Rx#: 4653643

Drug: CRESTOR TAB 10MG

WHAT IS THIS MEDICINE?

ROSUVASTATIN (ros SDO va ste tin)

known as a HMG-CoA reductase inhibitor

or 'statin'. It lowers cholesterol and

triglycerides in the blood. This drug

may also reduce the risk of heart

attack, stroke, or other health

problems in patients with risk factors

for heart disease. Diet and lifestyle

changes are often used with this drug.

This medicine may be used for other

purposes; ask your health care

**B N**

proliferation or proliferation if you have

conditions.

WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE?

RECEIVING THIS MEDICINE?

Side effects that you should report to

your doctor or health care

professional as soon as possible:

-allergic reactions like skin rash,

itching or hives, swelling of the

face, lips, or tongue -confusion

-joint pain -loss of memory

-redness, blistering, peeling or

Montant détaillé des Honoraires

Cachet et signature du Praticien

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

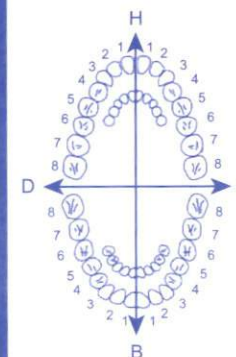
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

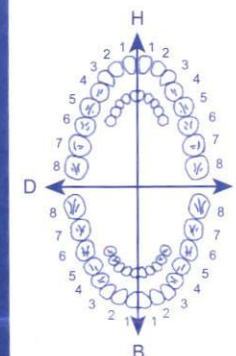
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



Coefficient 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