

**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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 064166

Maladie Dentaire Optique **63829** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5573** Société : **RAN**
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : **Senhaj Nourie**
Date de naissance : **20.08.1961**
Adresse : **22 Rue La fontaine S. Racine Casablanca**
Tél. : **0642403037** Total des frais engagés : Dhs

Cadre r

Rx#: 464909 DOB: 8/20/1961 0/2 1/20/2021 (C)
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
#60 CELEBREX CAP 200MG 00025-1525-31 PFLZER INC
PARK, DOC DEA # BP1693549 Rph FL
Cachet du médecin: Copay \$289.00 Ins Paid \$289.00 Auth#
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 : **18/03/2021**
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

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

BENNIS, NADIA
 HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
 Rx#: 464909 Date Filled: 1/20/202
 #60 CELEBREX CAP 200MG
 NDC: 00025-1625-31
 Refills: 2
 Plan: C
 Due : \$289.00
 ** THANK YOU **

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Patient Counselling For: **BENNIS, NADIA**
 Rx#: 464909
 Drug: CELEBREX CAP 200MG

WHAT IS THIS MEDICINE?
 CELECOXIB (sell as KOX-ib) is a non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID). This medicine is used to treat arthritis and ankylosing spondylitis. It may be also used for pain or painful monthly periods. 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

REVIEWING THIS MEDICINE?
 -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 -rash, fever, and swollen lymph nodes -redness, blistering, peeling or loosening of the skin, including inside the mouth
 -signs and symptoms of a blood clot such as chest pain, shortness of

BN

Cachet du I

Montant détaillé des Honoraires	
VI	IV

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

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															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	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'EXE