

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## location :

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.

## aire :

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.

## die 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° M21- 0020729

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAH 68597

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Senhaji Nadjia

Date de naissance : 20.08.69

Adresse : 22 Rue La Fontaine Des Gars Cas

Tél : 0649403037 Total des frais engagés : 195 \$ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Rx#: 467645 DOB: 8/20/1961  
BENNIS, NADIA  
#30 NEXIUM CAP 40MG  
PARK, DOG  
Copoly \$195.00 Ins Paid \$195.00  
0/0 2/12/2021 (C)  
HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037  
00180-5000-31 ASTRAZENECA  
DEA # B1693542 Rph CS  
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 :

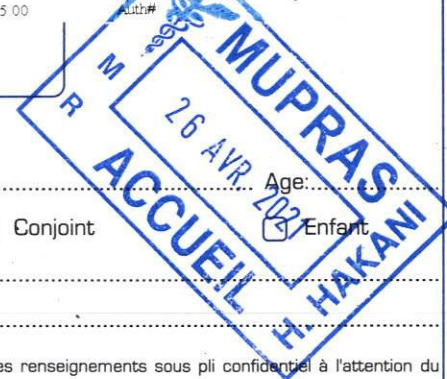
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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 de ou du F **HARLEM PHARMACY & SURGICALS**  
LENEX STAR PHARMACY, INC. DEAP FL2804498  
531 Lenox Avenue FAX #  
New York, NY 10037 212-368-3999 212-368-7900

**BENNIS, NADIA** (212) -

HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037

Rx#: 467645  
#30 NEXIUM CAP 40MG  
NDC: 00186 5040-31

Refills: 0

Plan: C



Date Filled: 2/12/202

Due : \$195.00

\*\* 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#: 467645  
Drug: NEXIUM CAP 40MG

## WHAT IS THIS MEDICINE?

ESOMEPRAZOLE (ee oh ME pray zol)

prevents the production of acid in the stomach. It is used to treat

gastroesophageal reflux disease

(GERD), ulcers, certain bacteria in

the stomach, and inflammation of the

esophagus. It can also be used to

prevent ulcers in patients taking

medicines called NSAIDs. You can

also buy this medicine without a

prescription to treat the symptoms of

**BENNIS**

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?

RECEIVING THIS MEDICINE?

Side effects that you should report to your doctor or health care

Montant détaillé des Honoraires

Cachet et signature du Praticien

For a Detailed Drug Out, Please ask the Pharmacist.

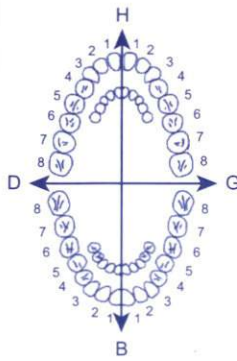
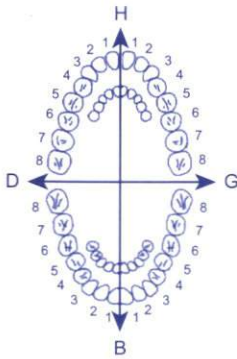


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 d

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													
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr><tr><td colspan="2">G</td></tr><tr><td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				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'EXE