

# 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.

## logie 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.

## ucation :

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 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.

## 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

PRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données ctère personnel.

RAS : 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- 0020731

72491

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Senhaji Nedir

Date de naissance : 20.12.67

Adresse : 22 rue lafontaine des vers Roanne

Tél. : 06 42 40 50 37

Total des frais engagés :

215 \$

Dhs

Rx#: 459411

DOB: 1/29/1958

O/O 3/1/2021 (C)

BENNIS, SAMIR

HOTEL NEW YORK NY 10037

#90 ZOCOR TAB 40MG

00006-0749-31 MERCK S&D

PARK, DOG

DEA # BP1693549

Copay \$245.00 Ins Paid \$245.00

Rph: CE

Auth#

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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

EXE



**HARLEM PHARMACY & SURGICALS**

LENOX STAR PHARMACY, INC.  
531 Lenox Avenue  
New York, NY 10037

DEA# FL2804498  
FAX #  
212-368-3999

PHONE #  
212-368-7900

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

**BENNIS, SAMIR**

HOTEL NEW YORK NY 10037

Rx#: 459411

#90 ZOCOR TAB 40MG

NDC: 00006-0749-31

Refills: 0

Plan: C

\*\* THANK YOU \*\*



Date Filled: 3/1/2021

Due : \$245.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des

Montant

Patient Counselling For: **BENNIS, SAMIR**

Rx#: 459411

Drug: ZOCOR TAB 40MG

WHAT IS THIS MEDICINE?

SIMVASTATIN (SIM va stat in) is known

as a HMG-CoA reductase inhibitor or

'statin'. It lowers the level of

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 or blood vessel

disease. Diet and lifestyle changes

are often used with this drug.

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

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

**B S**

# AUXILIA

Cachet et signature  
du Praticien

Date des  
Soins

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

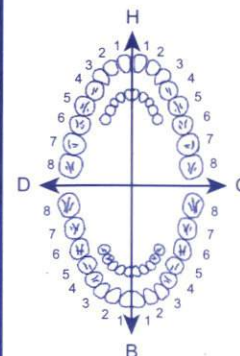
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

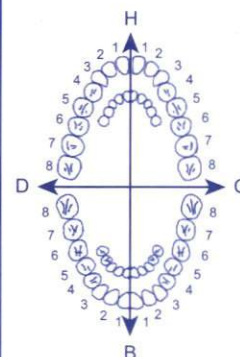
COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

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

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX