

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.

cation :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5573 Société : RAN

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Sehnaoui Nedra

Date de naissance :

20.12.67

Adresse :

92 Rue la fontaine Des Berges Rocine
Cdtb

Tél. :

0522 405037

Total des frais engagés :

Dhs

Rx#:459411 DOB: 1/29/1958

0/0 3/1/2021 (C)

HOTEL NEW YORK NY 10037

#00006-0749-31 MERCK S&D

DEA# BP1693549 Rph CS

Auth#

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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) :

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	 HARLEM PHARMACY & SURGICALS LENOX STAR PHARMACY, INC. 531 Lenox Avenue New York, NY 10037 DEA# FL2804496 FAX # 212-368-3999 PHONE # 212-368-7900
BENNIS, SAMIR HOTEL NEW YORK NY 10037 (212) -	Date Filled: 3/1/2021
Rx#: 459411 #90 ZOCOR TAB 40MG NDC: 00006-0749-31 Refills: 0 Plan: C ** THANK YOU **	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 (S M va statin) is known as a HMG-CoA reductase inhibitor or statin. It lowers the level of	 purposes; ask your health care provider or pharmacist if you have questions.

AUXILIAR

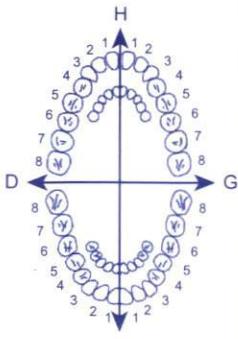
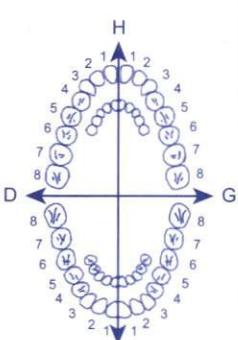
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	risk of heart attack, stroke, or other health problems in patients with risk factors for heart or blood vessel disease. Diet and lifestyle changes are often used with this drug. This medicine may be used for other	Side effects that you should report to 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

BELEVE 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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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'EXÉCUTION