

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

## Cessions 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.

## Education :

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.

## 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.

Matricule : 5573 Société : 2A5

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Souhaib Nadi

Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 22 Rue La Fontaine Les Saisies Roche

Tél. : 062205037 Total des frais engendrés : 189,155 Dhs

Rx#:464907 DOB: 8/20/1961 0/2/3/9/2021 (C )  
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037  
#30 LAMISH TAB 250MG  
PARK, DOG 54569-4406-00 ALLSCRIPTS  
Copy \$189.55 Ins Paid \$189.55 DEA# BF1693549 Rph C:  
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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : .....



## **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	<div style="text-align: center;">  <b>HARLEM PHARMACY &amp; SURGICALS</b>          LEXON STAR PHARMACY, INC.          531 Lenox Avenue          New York, NY 10037  <small>DEA# PL280449B</small>  <b>PHONE #</b>  <b>212-368-3999    212-368-7900</b> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">BENNIS, NADIA</span> (212) -          HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037          Rx#: 464907      Date Filled: 3/9/2021  <b>#30 LAMISIL TAB 250MG</b>          NDC: 54569-4406-00          Refills: 2          Plan: C       </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">   <b>Due : \$189.55</b> </div>
---	--

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXII

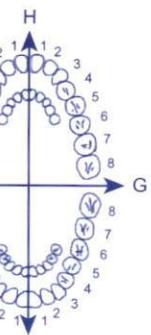
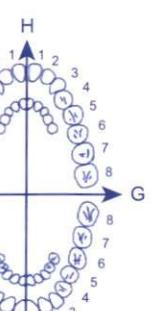
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	<p>purposes, ask your health care provider or pharmacist if you have questions.</p> <p><b>WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM RECEIVING THIS MEDICINE?</b></p> <p>Side effects that you should report to</p> <p>ill feeling or flu-like symptoms -light-colored stools -loss of appetite, nausea, -rash, fever, and swollen lymph nodes -redness,</p> <p>Mening, peeling or loosening of the skin, including inside the mouth</p>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## RELEVE 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

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 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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