

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.

Radiologie 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.

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

La 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.

M22- N° 002244

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : 2A71 123171

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Seuhaj Wedis

Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 22. Rue La Fontaine Rs 5012 Dr. Racine

Tél. : 0642405037 Total des frais engagés : 189 81,55 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Rx# : 4654997

DOB : 1/29/1958

0/0 5/11/2022 (C)

HOTEL NEW YORK NY 10037

30 LAMISIL TAB 250MG

ARK, DOG

54569-4406-00 ALLSCRIPTS

Day \$189.55 Ins Paid \$189.55

DEA # BP1693549

Rph AM

Auth#

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :/...../.....



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 Pharm ou du Fournisseur ENNIS, SAMIR TEL NEW YORK NY 10037 x#-4654997 30 LAMISIL TAB 250MG DC: 54569-4406-00 fills: 0 lan: C THANK YOU **	 HARLEM PHARMACY & SURGICALS LENOX STAR PHARMACY, INC. 531 Lenox Avenue New York, NY 10037 DEA# PL2804498 FAX # 212-368-3999 PHONE # 212-368-7900 (212) -	Date Filled: 5/11/2022 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Due : \$189.55 </div>
	le la Facture <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des médicaments	Montant des Honoraires
<p>Patient Counselling For: BENNIS, SAMIR Rx#:4654997 Drug: LAMISIL TAB 250MG</p> <p>WHAT IS THIS MEDICATION? ERBINAFINE (TER bin a feen) is an antifungal medicine. It is used to treat lots of fungal or yeast infections. It is also used to treat certain types of skin infections caused by fungi. It is used to treat athlete's foot, ringworm, and jock itch. It is also used to treat certain types of skin infections caused by fungi. It is also used to treat certain types of skin infections caused by fungi.</p> <p>BS</p>		REFILL

LAST REFL

<p>Get certain kinds of fungal or yeast infections.</p> <p>This medicine may be used for other purposes, ask your health care provider or pharmacist if you have questions.</p> <p>WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM RECEIVING THIS MEDICATION?</p> <p>Side effects that you should report to</p>	<p>tongue -changes in vision -dark urine -fever or infection -general ill feeling or flu-like symptoms -light-colored stools -loss of appetite, nausea -rash, fever, and swollen lymph nodes -redness,</p> <p>itching, peeling or loosening of the skin, including inside the mouth</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

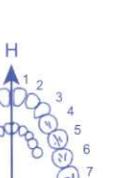
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> G B		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	Coefficient des travaux	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
<hr/>																	
00000000	00000000																
<hr/>																	
35533411	11433553																
[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'EXECUTION