

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 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.

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 002243

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAD

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 123170

Nom & Prénom : Senhaji, Nadia

Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 22 Rue la fontaine des sages B. Racine Cas

Tél. : 0642406037 Total des frais engagés : 058 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR# : 4654994 DOB: 8/20/1961 O/O 5/11/2022 (C)
ENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
6.6 CICLOPIROX TOPICAL SOL 8% 00713-0317-88 G AND W LA
ARK, DOO DEA # BP1693549 Rph AM
Pay \$85.00 Ins Paid \$85.00 Auth#

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : / /

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

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

DEA# FL2804488
FAX #
212-368-3999

PHONE #
212-368-7900

Structure

ENNIS, NADIA (212) -

OTEL METROPOLITAN New York NY 10037

x# : 4654994 Date Filled: 5/11/2022

5.6 CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%

OC: 00713-0317-88

fills: 0

lan: C

Due : \$85.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
Patient Counselling For: BENNIS, NADIA Rx#: 4654994 Drug: CICLOPIROX TOPICAL SOL 8% WHAT IS THIS MEDICATION? CICLOPIROX (say kloe PEER ox) NAIL OLUTION is an antifungal medicine. It used to treat fungal infections of the nails. his medicine may be used for other urposes; ask your health care rovider or pharmacist if you have uestions. WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM ECEIVING THIS MEDICATION? ide effects that you should report to	BENNIS	your doctor or health care professional as soon as possible -allergic reactions like skin tingling or hives, swelling of the face, lips, or tongue -severe irritation, redness, burning, blistering, peeling, swelling, oozing Side effects that usually do not require medical attention (report to your doctor or health care professional if they continue or are bothersome) -mild reddening of the				
LAST REFILL			CAUX			
			Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
			C	I M		I V

LAST REFILL

[illegible]

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 de l'ODF.					
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 COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 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'EXECUTION	

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 de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION