

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

126001

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005777

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Senhaji N Société : RAM 5573

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Senhaji Naeja Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 22 Rue 19 Janvier R. Sidi Ali Ben Hmed

Tél. : 06 42 20 50 37 Total des frais engagés : 119,99 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Rx# 4655000 DOB: 1/29/1958

O/O 6/28/2022 (C)

HOTEL NEW YORK NY 10037
ENNIS, SAMIR
90 ATENOLOL TAB 50MG
ARK, DOO
Pay \$119.99 Ins Paid \$119.99

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur



HARLEM PHARMACY & SURGICALS
LENOX STAR PHARMACY, INC.
531 Lenox Avenue
New York, NY 10037
DEA# P12004498
FAX # 212-368-3999 PHONE # 212-368-7900

ENNIS, SAMIR

TEL NEW YORK NY 10037

x# 4655000
90 ATENOLOL TAB 50MG
DC: 00093-0752-01

fills: 0

an: C



THANK YOU **

(212) -

Date Filled: 6/28/2022

Due : \$119.99

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du

Patient Counselling For: BENNIS, SAMIR

Rx#: 4655000

Drug: ATENOLOL TAB 50MG

WHAT IS THIS MEDICATION? *provides or pharmacist if you have*

TENOLOL (a TEN oh lole) treats high

blood pressure. It also prevents chest

pain (angina) or further damage after

heart attack. It works by lowering your

blood pressure and heart rate, making

it easier for your heart to pump blood

to the rest of your body. It belongs to

a group of medications called beta

blockers.

his medicine may be used for other

purposes, ask your health care

provider.

RECEIVING THIS MEDICATION?

Side effects that you should report to

your care team as soon as possible:

-Allergic reactions-skin rash, itching,

hives, swelling of the face, lips,

tongue, or throat -Heart

failure-shortness of breath, swelling

of the ankles, feet, or hands, sudden

weight gain, unusual weakness or

nausea.

LAST REFILL

Désignation des

Montant
ficients des Honoraires

des Honoraires

DICAUX

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

PC IM IV

Prescribed Doctor Only Please note this Pharmacy



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

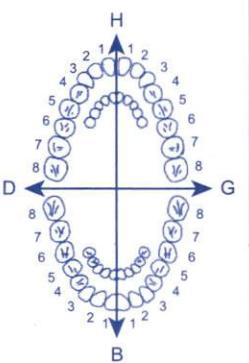
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

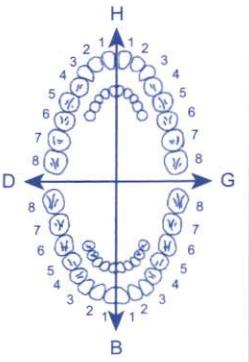
Coefficient



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX



MONTANTS
DES SOINS



DEBUT
D'EXECUTION



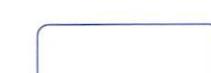
FIN
D'EXECUTION



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



HARLEM PHARMACY & SURGICALS

LENOX STAR PHARMACY, INC. DEA# FL2804498
531 Lenox Avenue FAX #
New York, NY 10037 212-368-3999

PHONE #

212-368-7900

RX#:4655000

DEA#: FL2804498 D/F: 8/28/2022

D/O: 8/8/2021

BENNIS, SAMIR

HOTEL NEW YORK NY 10037

C

AM

TAKE ONE TABLET BY MOUTH DAILY

ATENOLOL 50MG TAB

(GENERIC for TENORMIN) Mfg: TEVA PHARM

Dr. PARK, DOO

Qty:90

Refills: 0

Take regularly to control
blood pressure. DO NOT stop taking

CAUTION: May cause
drowsiness/dizziness. Alcohol inten-

May cause dizziness

Rx#:4655000



BR
HC
R

N
Re
P
WW
T
E

P
Co

Rx#:4655000
BENNIS, SAMIR

6/28/2022

C

X

10-0005777

M
I
V
A
t
p
t
it
e
t
T
P