

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

- Reclamation : 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



126006

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005775

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : PNO
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Seuhon Nadiya Date de naissance : 20.06.1
Adresse : 22 Rue la fontaine Bis Saja 8 Kasim
Tél : 0642405037 Total des frais engagés : 289 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Rx#: 4654996 DOB: 8/20/1961 0/0 5/11/2022 (C)
ENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
60 CELEBREX CAP 200MG 00025-1525-31 PFIZER INC
ARK, DOC DEA # BP1693549 Rph AM
Auth#
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) :

RELEVÉ 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 F ou du Fol



HARLEM PHARMACY & SURGICALS
 LENOX STAR PHARMACY, INC.
 531 Lenox Avenue
 New York, NY 10037
 DEAP FL2804498
 FAX # 212-368-3999
 PHONE # 212-368-7900

Montant de la Facture

BENNIS, NADIA

OTEL METROPOLITAN New York NY 10037

x#: 4654996

30 CELEBREX CAP 200MG

OC: 00025-1525-31

ifills: 0

lan: C



Date Filled: 5/11/2022

Due : \$289.00

THANK YOU **

ANALYSE RADIOLOGIQUE

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA

Rx#: 4654996

Drug: CELEBREX CAP 200MG

WHAT IS THIS MEDICATION?

ELECOXIB (sell e KOX ib) treats mild

moderate pain, inflammation, or

arthritis. It belongs to a group of

medications called NSAIDs.

This medicine may be used for other

purposes, ask your health care

provider or pharmacist if you have

questions.

WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM

RECEIVING THIS MEDICATION?

side effects that you should report to

you may experience the following possible

side effects: allergic reactions: skin itching,

swelling of the face,

stomach pain, or throat bleeding; bloody

or black, tar-like stools, vomiting

blood or brown material that looks

like coffee grounds, red or dark brown

urine, small red or purple spots on

skin, unusual bruising or bleeding

Heart attack: pain or tightness in the

chest, shoulders, arms, or jaw; nausea,

shortness of breath, cold or clammy

LAST REFILL

détaillé
onaires

Cachet et signature du
Praticien

Date

WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM

RECEIVING THIS MEDICATION?

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

side effects that you should report to

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

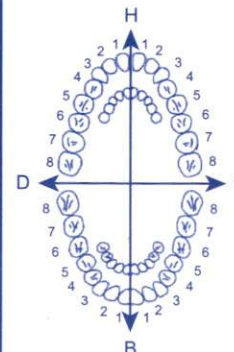
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	00000000	00000000
B		G	

(Création, remont, adjonction)

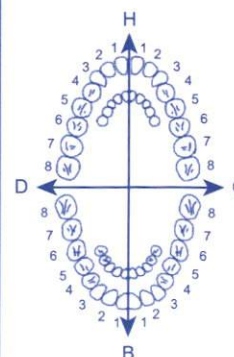
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

New York, NY 10037

FAX #

212-368-3999

PHONE #

212-368-7900

RX#:4654996

DEA#: FL2804498

D/F: 5/11/2022

D/O: 7/1/2021

BENNIS, NADIA

HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037

C

AM

TAKE ONE CAPSULE BY MOUTH

TWICE A DAY

CELEBREX 200MG CAP

(BRAND for CELECOXIB) Mfg: PFIZER INC

Qty:60

Dr. PARK, DOO

Refills: 0

TAKE WITH FOOD OR MILK

This medication may INcrease
your risk of bleeding

DO NOT take in 3rd trimester
of pregnancy

Rx#:4654996



BI
HO
R

NO
Re
P

Rx#:4654996

BENNIS, NADIA

5/11/2022

C

X

P.19 - 000 5775

289#