

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

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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](http://www.mupras.com)

126006

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0005775

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAT

Actif

Pensionné(e),

Autre :

Nom & Prénom : Seuhaj Nadir Date de naissance : 20.2.61

Adresse : 22 Rue La fontaine Ris Souq El Kacem

Tél. : 06.42.40.50.37 Total des frais engagés : 289.41 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 CELESTINE CAP 200MG 00025-1525-31 PFIZER INC  
ARK, DOC Pay \$289.00 Ins Paid \$289.00 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) : .....

## 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

<b>Cachet du F ou du For</b>		 <b>HARLEM PHARMACY &amp; SURGICALS</b> LENOX STAR PHARMACY, INC. 531 Lenox Avenue New York, NY 10037 <b>DEAP FL2804498</b> <b>PHONE #</b> <b>212-368-3999</b> <b>212-368-7900</b>	
<b>ENNIS, NADIA</b> TEL METROPOLITAN New York NY 10037 <b>x# 4654996</b> <b>50 CELEBREX CAP 200MG</b> <b>DC: 00025-1526-31</b> <b>fills: 0</b> <b>lan: C</b>		<b>(212) -</b> <b>Date Filled: 5/11/2022</b> <b>Due : \$289.00</b>	
<b>tant de la Facture</b>			

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Patient Counselling For:</b> BENNIS, NADIA <b>Rx#:</b> 4654996 <b>Drug:</b> CELEBREX CAP 200MG
<b>WHAT IS THIS MEDICATION?</b> ELECOXIB (sell-e-KOXB) treats mild to moderate pain, inflammation, or arthritis. It belongs to a group of medications called NSAIDs. This medicine may be used for other	
<b>B</b> <b>N</b>	
<b>REFILL</b>	

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'GDF.

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#:**4654996

DEA# : FL2804498    D/F: 5/11/2022

**BENNIS, NADIA**

FAX #

212-368-3999

PHONE #

212-368-7900

HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037

D/O: 7/1/2021

**TAKE ONE CAPSULE BY MOUTH  
TWICE A DAY**

C

AM

## **CELEBREX 200MG CAP**

(BRAND for CELECOXIB) Mfg: PFIZER INC

Dr. PARK, DOO

Qty:60

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



**B**

**H**

**R**

**#**

**N**

**R**

**P**

**\*\***

**E**

**#**

**F**

**C**

**2**

**Rx#:**4654996

**BENNIS, NADIA**

5/11/2022

C

X

P:19 - 000 5775

8898

I

J

V

C

t

a

m

T

p

p

q

V

H

S