

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 canalaire, 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 canalaire.

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

228937

Déclaration de Maladie : N° P19-0005779

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5573**

Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Sentho p Nadia** Date de naissance : **20.8.61**

Adresse : **22 Rue La fontaine** Rés. Sora **1958**

Tél. : **01 6282222** RX#:**4654991** DOB: **8/20/1961** 0/1 6/28/2022 (C)
ENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
230 NEXIUM CAP 40MG 00186-5040-31 ASTRAZENE
ARK, DOC DEA # BP1693549 Rph AM
Day \$195.00 Ins Paid \$195.00 Auth#

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	 LENOX STAR PHARMACY, INC. 531 Lenox Avenue New York, NY 10037	HARLEM PHARMACY & SURGICALS	
		DEA# PL2004498	PHONE # 212-368-7900
ENNIS, NADIA TEL METROPOLITAN New York NY 10037		(212) -	ture
x#: 4654991 230 NEXIUM CAP 40MG JC: 00186-5040-31		Date Filled: 6/28/2022	
fills: 1 lan: C		Due : \$195.00	
THANK YOU **			

PATIENT INFORMATION		INVOICE PARAGRAPHES	
Patient Counselling For:	BENNIS, NADIA	es	Montant des Honoraires
Case #: 4654991	
Laboratory: NEXIUM CAP 40MG	
WHAT IS THIS MEDICATION?		WHAT SIDE EFFECTS MAY NOTICE FROM REMOVING THIS MEDICATION?	
SOMEPRAZOLE (soh ME zay zohl): heartburn, stomach ulcers, reflux please, or other conditions that cause too much stomach acid. It works by reducing the amount of acid in the		
B N			

<p>omeprazole belongs to a group of medications called PPIs.</p> <p>Chis medicine may be used for other purposes, ask your health care provider or pharmacist if you have questions.</p>	<p>hives, swelling of the face, lips, tongue, or throat -Kidney injury-decrease in the amount of urine, swelling of the ankles, hands, or feet -Low magnesium level-muscle pain or cramps, unusual weakness or fatigue, fast or irregular heartbeat,</p>
	
<p>- Detailed Patient Outcomes with the Physician's Name</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	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	H
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-4), upper right (3-6), lower left (5-8), and lower right (7-10). A vertical line labeled 'H' at the top represents the midline. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right represents the dental arch. A vertical line labeled 'B' at the bottom represents the occlusal plane. The teeth are numbered 1 through 10, with 1 at the midline and 10 at the second molar.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION