

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

- 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAN

Cadre réservé au Médecin

Rx#:4671315 DOB: 8/20/1961 0/2 2/8/2023 (C)
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
#30 TERBINAFINE HCL TAB 250MG 51991-0526-33 BRECKENRID
PARK, DOG Copay \$189.00 Ins Paid \$189.00 DEA # BP1693549 Rph CC
Auth# /



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	<small>DEA# FL2804498</small> <small>FAX # 212-368-3999</small> PHONE # 212-368-7900
BENNIS, NADIA (212) - HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037		
Rx# 4671315 Date Filled: 2/8/2023 #30 TERBINAFINE HCL TAB 250MG NDC: 51991-0526-33		
Refills: 2		
Plan: C		
		Due : \$189.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		Patient Counselling For: BENNIS, NADIA Rx#:4671315 Drug: TERBINAINE HCL TAB 250MG	

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA
Rx#:4671315
Drug: TERBINAFINE HCL TAB 250MG

BN you, doctor or health care professional as soon as possible. All reactions like skin rash, hives, swelling of face, lips, or tongue.

infections. -tongue -changes in vision -dental
-urine -fever or infection -general

This medicine may be used for other purposes; ask your health care provider or pharmacist if you have questions.

ill feeling or flu-like symptoms
-light-colored stools -loss of appetite, nausea -rash, fever, etc.
-headache, dizziness, redness of eyes, sore throat

WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM RECEIVING THIS MEDICATION?

— Side effects that you should report to

Digitized by srujanika@gmail.com

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (319) 356-4000 or email at mhwang@uiowa.edu.

[View a Detailed Print Out](#) Disease and the Dhammapada

Digitized by srujanika@gmail.com

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des travaux										
				Montants des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	00000000												
G	35533411	11433553												
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
				Montants des soins										
				Date du devis										
				Date de l'exécution										