

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5573 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Seuhaf Nadia 160756

Date de naissance :

20.8.61

Adresse :

71 Rue Lafontaine RS Sais. G. Racine

Case:

Tél. : 06 42 60 50 37 Total des frais engagés : 195.8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Rx#:**4654991** DOB: **8/20/1961** 0/1 4/12/2023 (C )  
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037  
#30 NEXIUM CAP 40MG 00186-5040-31 ASTRAZENECA  
PARK, DOQ DEA # BP1693549 Rph AM  
Copay \$195.00 Ins Paid: \$195.00 Auth#

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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	<b>HARLEM PHARMACY &amp; SURGICALS</b>	Montant de la Facture
	 <b>LENOX STAR PHARMACY, INC.</b> 501 Lenox Avenue New York, NY 10037	<small>DEA# FL280449B</small> <b>FAX #</b> 212-368-3999 <b>PHONE #</b> 212-368-7900
	<b>BENNIS, NADIA</b> HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037	(212) -
	Rx#: 4654991 <b>#30 NEXIUM CAP 40MG</b> NDC: 00186 5040-31	Date Filled: 4/12/2023
	Refills: 1	Due : \$195.00
	Play - C	

** THANK YOU ** ANALYSES - PHARMACY		Montant des Honoraires
Cachet Laboratoire	Patient Counselling For: BENNIS, NADIA Rx#: 4654991 Drug: NEXIUM CAP 40MG	
	WHAT IS THIS MEDICATION?  ESOMEPRAZOLE (es oh ME prah zoh leh) is used to treat heartburn, stomach ulcers, reflux disease, or other conditions that cause too much stomach acid. It works by reducing the amount of acid in the stomach. It belongs to a group of medications called PPIs.  Caution: This medicine may be used for other purposes, ask your health care provider or pharmacist if you have questions.	'es
	<b>BN</b> WHAT SIDE EFFECTS MAY NOTICE FROM REMOVING THIS MEDICATION? -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 -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,	
	X	Montant détaillé des Honoraires
	I M	I V

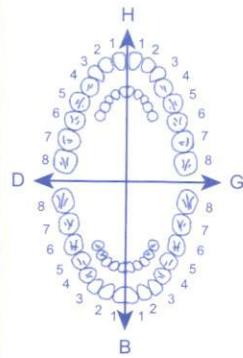
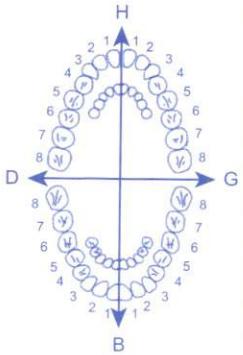
For a Detailed Print Out, Please ask the Pharmacist

## 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'ODE.

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