

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0022625

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RA7
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Senhaji Nadia
 Date de naissance : 20.8.61
 Adresse : 22 Rue la Fontaine des roses qu. Douine
 Tél. : 06 4240 5037 Total des frais engagés : 85 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Rx# : 4671313 DOB : 8/20/1961 012 4/12/2023 (C)
 BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
 #6.6 CICLOPIROX TOPICAL SOL 8% 50383-0419-06 HI TECH PH
 PARK, DOO DEA # BP1693549 Rph CC
 Copay \$85.00 Ins Paid \$85.00 Auth#

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

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

BENNIS, NADIA
 HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
 Rx#: 4671313
 #6.6 CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%
 NDC: 50383-0419-06
 Refills: 2
 Plan: C
 Date Filled: 4/12/2023
 Due : \$85.00

** THANK YOU **

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA

Rx#: 4671313

Drug: CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%

WHAT IS THIS MEDICATION?

CICLOPIROX (eye knee PEER ox) NAIL

SOLUTION is an antifungal medicine. It

used to treat fungal infections of the

nails.

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

BENNIS

your doctor or health care professional as soon as possible.
 -allergic reactions like skin itching or hives, swelling of the face, lips, or tongue -severe irritation, redness, burning, blistering, peeling, swelling, oozing
 Side effects that usually do not require medical attention (report to your doctor or health care professional if they continue or are bothersome) -mild reddening of the

Montant détaillé des Honoraires

M IV

Cachet du F

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

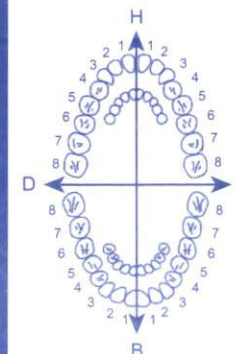
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 G
 35533411 11433553
 B

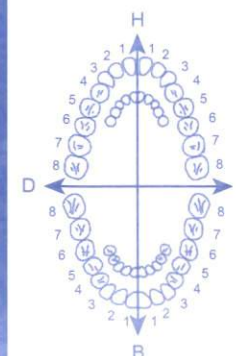
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION