

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

5573

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Senhaji Nadia

Date de naissance :

20.8.61

Adresse :

22. Rue la fontaine RS sous. 9e Place

Tél. :

06 42 40 37

Total des frais engagés : 95 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Rx# 4671312 DOB: 8/20/1961 0/2 5/16/2023 (C)
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
#120 IBUPROFEN TABLETS 400 MG 67877-0319-05 ASCEND
PARK, DOO DEA # BP1693549 Rph CC
Copay \$95.00 Ins Paid \$95.00 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) :

14 JUIN 2023

B ACCUEIL C.N.M.A.C



Déclaration de Maladie

M22- 0022627

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	 HARLEM PHARMACY & SURGICALS LOEX STAR PHARMACY, INC. 531 Lenox Avenue New York, NY 10037 <small>DEA# FL2804498</small> <small>PHONE #</small> <small>FAX #</small> 212-368-3999 212-368-7900
BENNIS, NADIA (212) - HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037	
Rx#: 4671312 Date Filled: 5/16/2023 #120 IBUPROFEN TABLETS 400 MG NDC: 67877-0319-05	
Refills: 2	
Plan: C	
	
Due : \$95.00	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Patient Counselling For: BENNIS, NADIA Rx#: 4671312 Drug: IBUPROFEN TABLETS 400 MG			
WHAT IS THIS MEDICATION?	Side Effects that you should report to your healthcare team as soon as possible: -Allergic reactions (skin rash, hives)		
IBUPROFEN (eye BYOO proh feen) tablets			
mild to moderate pain, inflammation,			

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA
Rx#: 4671312
Drug: IBUPROFEN TABLETS 400 MG

WHAT IS THIS MEDICATION? IBUPROFEN (eye BYOO proh feen) treat mild to moderate pain, inflammation, and fever. It is also used to relieve menstrual cramps.

Cachet et
du Br

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?

—Prescription Pad. 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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. The upper teeth are numbered 1 through 8 from left to right. The lower teeth are numbered 1 through 8 from right to left. Landmarks include 'H' at the top center, 'D' on the far left, 'G' on the far right, and 'B' at the bottom center. A vertical arrow points upwards from the bottom of the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION