

# 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.

**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



## Déclaration de Maladie

M22- 0022627

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : AN 165185  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Senhaji Nadjia  
Date de naissance : 20.8.61  
Adresse : 22 Rue la Fontaine Rd Sora - J. Racine  
Tél. : 0642405037 Total des frais engagés : 95 \$ Dhs

### Cadre réservé au 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#  
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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  
DEA# FL2804498  
FAX # 212-368-3999  
PHONE # 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

\*\* 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#: 4671312

Drug: IBUPROFEN TABLETS 400 MG

WHAT IS THIS MEDICATION?

IBUPROFEN (eye BYOO proe fen) treat

mild to moderate pain, inflammation,

or arthritis. It may also be used to

reduce fever. It belongs to a group of  
medications called NSAIDs.

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  
your health care team as soon as possible:  
-Allergic reactions: skin rash, itching,  
swelling of the face, lips,

tongue, or throat -Bleeding: bloody  
or black, tar-like stools, vomiting

blood or brown material that looks  
like coffee grounds, red or dark brown

urine, small red or purple spots on  
skin, unusual bruising or bleeding

-Heart attack: pain or tightness in the  
chest, shoulders, arms, or jaw, nausea,

vomiting, dizziness, fainting, or

unusual tiredness or weakness.

-Stomach problems: pain or discomfort in the

upper abdomen, loss of appetite, nausea,

vomiting, or diarrhea.

-Liver problems: yellowing of the skin or eyes,

dark urine, or pale stools.

-Kidney problems: changes in the amount of

urine, or swelling in the legs or feet.

-Blood pressure problems: dizziness, lightheadedness,

or fainting.

-Other side effects: headache, drowsiness,

or feeling tired.

-Allergic reactions: skin rash, itching,

swelling of the face, lips,

tongue, or throat.

-Bleeding: bloody or black, tar-like stools,

vomiting blood or brown material that looks like

coffee grounds, red or dark brown urine, small

red or purple spots on skin, unusual bruising or

bleeding.



Please Print Out. Please ask the Pharmacist

Cachet et  
du Pr

Montant détaillé  
des Honoraires

IV

# 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION