

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 : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Senhaji Nadia

Date de naissance :

20.8.61

Adresse :

22 Rue la fontaine les soins 3 Racine

Tél. :

06 42 40 50 37

Total des frais engagés : 130 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

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 a 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :/...../.....

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 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

 HARLEM PHARMACY & SURGICALS <small>LENOX STAR PHARMACY, INC.</small> <small>531 Lenox Avenue</small> <small>New York, NY 10037</small>		<small>DEA# FL2004496</small> <small>FAX #</small> 212-368-3999 PHONE # 212-368-7900
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037 (212) - Rx#: 4675827 Date Filled: 10/10/2023 #120 IBUPROFEN TAB 600MG NDC: 49483-0803-50 Refills: 0 Plan: C Due : \$130.00 ** THANK YOU **	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES							
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires				
<p>Patient Counselling For: BENNIS, NADIA</p> <p>Rx#: 4675827</p> <p>Drug: IBUPROFEN TAB 600MG</p> <p>WHAT IS THIS MEDICATION?</p> <p>IBUPROFEN (eye BYOO proh feen) tablet is used to relieve mild to moderate pain, inflammation, or arthritis. It may also be used to reduce fever. It belongs to a group of medications called NSAIDs.</p> <p>This medicine may be used for other purposes; ask your health care provider or pharmacist if you have questions.</p> <p>Side effects that you should report to your health care team as soon as possible:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Allergic reactions (skin rash, hives, 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 <p>WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM RECEIVING THIS MEDICATION?</p> <p>neck—pain or tightness in the chest</p> <p>RECEIVING THIS MEDICATION?</p>							
<p>LAST REFILL</p>		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td style="text-align: center;">IV</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> </table>		I	IV	Montant détaillé des Honoraires	
I	IV						
Montant détaillé des Honoraires							

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.

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION