

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

- Reclamation : 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.

M23-0018051

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAN 190193

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Seulhaj Nadia

Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 22 Rue La Fontaine Les Sables d'Olonne

Code : 0642405037 Total des frais engagés : 2898 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Rx# : 4654996 DOB : 8/20/1961 0/0 10/10/2023 (C)
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
#60 CELEEREX CAP 200MG 00025-1525-31 PFIZER INC
PARK, DOG Copay \$289.00 Ins Paid \$289.00 DEA# BP1693549 Rph AM
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

 HARLEM PHARMACY & SURGICALS LENOX STAR PHARMACY, INC. 531 Lenox Avenue New York, NY 10037	DEA# PL2804498	
	FAX # 212-368-3999	PHONE # 212-368-7900
Cachet du Ph: ou du Fourn:	BENNIS, NADIA	nt de la Facture
	HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037	(212) -
Rx#:	4654996	Date Filled: 10/10/2023
#60 CELEBREX CAP 200MG		
NDC: 00025-1525-31		
Refills:	0	
Plan:	C	Due : \$289.00
** 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#:4654996
Drug: CELEBREX CAP 200MG

WHAT IS THIS MEDICATION?
CELECOXIB (selle KOK-ib) treats mild to moderate pain, inflammation, or stiffness. It helps relieve pain and swelling caused by osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and other types of joint pain. It may also be used to treat menstrual cramps. Celecoxib is a nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID). It works by blocking the production of certain substances in the body that cause pain and inflammation.

Cachet et signature du Praticien

WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM RECEIVING THIS MEDICATION? *Stomach-pain or tightness in the chest, shoulders, arms, or jaw, nausea.*

Side effects that you should report to

LAST REFILL

Montant détaillé des Honoraires

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 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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution