

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M23-0018052

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Seuhaj Nectis

Date de naissance : 20/3/1961

Adresse : 22 Rue La Fontaine Re Sois En Reine - Casab

Tél. : 06 62 61 05 37 Total des frais engagés : 245.81 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Rx#:4654993 DOB: 8/20/1961 0/0 12/14/2023 (C)
BENNIS, NADIA HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
#30 CRESTOR TAB 10MG 00310-0751-90 ASTRALNEC
PARK, DOG Copay \$245.00 Ins Paid \$245.00 DEA # BP1693549 Rph AM
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) :



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.	DEA# FL2804498
531 Lenox Avenue	FAX #
New York, NY 10037	212-368-3999
	PHONE #
	212-368-7900
BENNIS, NADIA (212) -	
HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037	
Rx#: 4654993	Date Filled: 12/14/2023
#30 CRESTOR TAB 10MG	
NDC: 00310-0751-90	
Refills: 0	
Plan: C	
Due : \$245.00	
** THANK YOU **	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

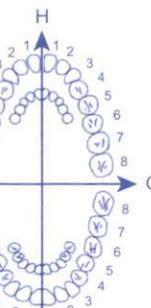
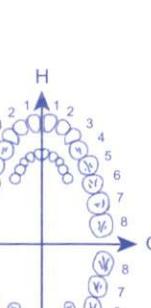
Cachet e' Laboratoire	<p>Patient Counselling For: BENNIS, NADIA Rx#: 4654993 Drug: CRESTOR TAB 10MG</p> <p>WHAT IS THIS MEDICATION?</p> <p>ROSUVASTATIN (roe SOO ve stat in) treats high cholesterol and reduces the risk of heart attack and stroke. It works by decreasing bad cholesterol and fats (such as LDL, triglycerides), and increasing good cholesterol (HDL) in your blood. It belongs to a group of medications called statins. Changes to diet and exercise are often combined with this medication.</p> <p>This medicine may be used for other</p>	<p>purposes; ask your health care provider or pharmacist if you have any questions.</p> <p>BN</p> <p>WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE OFF-ON</p> <p>RECEIVING THIS MEDICATION?</p> <p>Side effects that you should report to your care team as soon as possible</p> <ul style="list-style-type: none"> -Allergic reactions—skin rash, itching, hives, swelling of the face, lips, tongue, or throat -High blood sugar (hyperglycemia)—increased thirst or amount of urine, unusual weakness, 	<p>Montant des Honoraires</p> <p>LAST REFILL</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p>		
			<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; background-color: #d9e1f2;">M</td> <td style="width: 50px; background-color: #d9e1f2;">IV</td> </tr> </table>	M	IV
M	IV				

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	G 00000000 11433553		Montants des soins
	B			Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION