

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5533 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Sebouaj Nadej

Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 20.8.61

Tél. : 06.42405037 Total des frais engagés : 215,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 06 SEP. 2019

Nom et prénom du malade : Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : Accueil

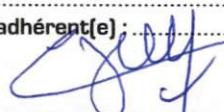
Nature de la maladie :

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) : 

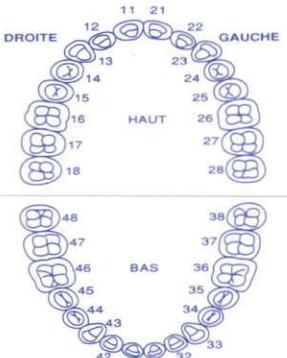
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

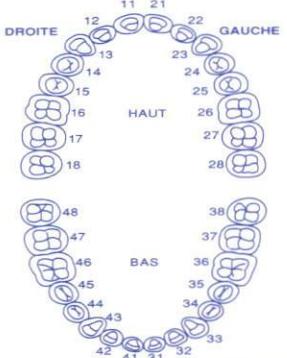
Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

ODF Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

| | | | |
|--------|-------|--------|----|
| DROITE | 11 21 | GAUCHE | 22 |
| | 12 22 | | 23 |
| | 13 23 | | 24 |
| | 14 24 | | 25 |
| | 15 25 | | 26 |
| | 16 26 | | 27 |
| | 17 27 | | 28 |
| | 18 28 | | |

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | | |
|---|----------|---|----------|
| D | 25533412 | H | 21433552 |
| | 00000000 | | 00000000 |
| D | 00000000 | G | 00000000 |
| | 35533411 | | 11433553 |

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM : *Seuhof Nadia*

DECLARATION N° **P 17 / 0065685**



Mle 5573

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

6.9.19 245 \$

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

Cachet
MUPRAS

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 5573

Nom & Prénom *Seuhof Nadia*

Fonction *Retraite*

Phones *06 112 40 503*

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Rx#:**464906**

DOB: 8/20/1961 0/2 7/18/2019 (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 CS
Auth#

Date

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

HARLEM PHARMACY & SURGICALS
LENOX STAR PHARMACY, INC.
531 Lenox Avenue
New York, NY 10037
DEA# FL804498
FAX # 212-368-3999 PHONE # 212-368-7900

étaillé des
aires

BENNIS, NADIA
HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
Rx#:**464906**
#30 CRESTOR TAB 10MG
NDC: 00310-0751-90

Date Filled: 7/18/2019

Refills: 2

Plan: C



Due : \$245.00

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA

Rx#:**464906**
Drug: CRESTOR TAB 10MG

WHAT IS THIS MEDICINE?
ROSUVASTATIN (ros 500 mg statin) is

provider or pharmacist if you have
questions.

ANA

known as a HMG-CoA reductase inhibitor

Dés

or 'statin'. It lowers cholesterol and

C

triglycerides in the blood. This drug

may also reduce the risk of heart

attack, stroke, or other health

problems in patients with risk factors

for heart disease. Diet and lifestyle

AUXI

changes are often used with this drug.

AM

This medicine may be used for other

purposes; ask your health care

provider or pharmacist if you have

questions.

RECEIVING THIS MEDICINE?

Side effects that you should report to

your doctor or health care

professional as soon as possible

-allergic reactions like skin rash,

itching or hives, swelling of the

face, lips, or tongue -dark urine

-fever -joint pain -muscle cramps,

-pain -redness, blistering, peeling or

other side effects that you notice.

Signature et
cachet du
médecin

Signature et
cachet du
Pharmacien

CACHET

CACHET