

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5573

Société : RAO

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Seuhop Nadia

Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 22 Rue la fontaine

Télé : 0642405037

Total des frais engagés :

186.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Rx#467647
BENNIS, NADIA
#60 OMEPRAZOLE DR CER 20MG
PARK, DOG
Copay \$135.00 Ins Paid \$135.00

DOB: 8/20/1961 0/0/7/22/2020 (C)
HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037
60505-0065-01 APOTEX COR
DEA # BP1693549 Rph CS
Auth#

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

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) :



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 # FL2804498
FAX # 212-368-3999 PHONE # 212-368-7900

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

BENNIS, NADIA

HOTEL METROPOLITAN New York NY 10037

(212) -

Rx# : 467647

#60 OMEPRAZOLE DR CER 20MG

NDC: 60505-0065-01

Refills: 0

Plan: C

** THANK YOU **

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiol

Patient Counselling For: BENNIS, NADIA
Rx#:467647
Drug: OMEPRAZOLE DR CER 20MG

WHAT IS THIS MEDICINE?

OMEПRAZOLE (oh-MEE-pray-zuh-leh) prevents the production of acid in the stomach.

It is used to treat gastroesophageal reflux disease (GERD), ulcers, certain bacteria in the stomach, inflammation of the esophagus, and

Zollinger-Ellison Syndrome. It is also used to treat other conditions that cause too much stomach acid.

This medicine may be used for other purposes; ask your health care provider about it.

Cachet et signature du Praticien

Montant Honoraires

LAST REFILL

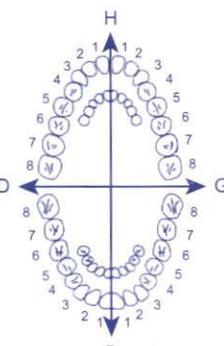
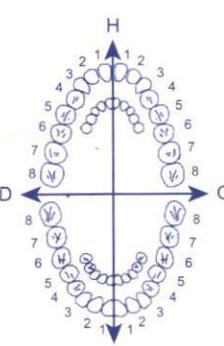
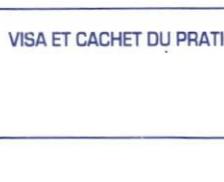
Montant détaillé des Honoraires

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

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	H	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
		B		MONTANTS DES SOINS
		D		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION