

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Ma

N° W19-478469

46781
Optique

☐ Maladie

☒ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2887

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom :

AMR AOU

RE FORME
Abdelkader

Date de naissance :

01-01-1954

Adresse :

15 RUE N. S. N. - Casablanca

Tél. :

(05) 22 61 67

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18 Aout 2020

Nom et prénom du malade :

BALHOUNI SAADIA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, le médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/09/20

ACCUEIL

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24 Août	18.40
	22	US 15485

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						
						
						
						
						

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN AT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT

STATEMENT DATE	AMOUNT DUE
08-18-20	\$0.00
DUE DATE	REMITTANCE

Saadia Barhoumi
4440 Fairway Blvd
Bradenton, FL 34209

DATE	PATIENT	DESCRIPTION	CHARGES	PAYMENTS	BALANCE	YOUR PORTION
08-18-20		PREVIOUS BALANCE			0.00	0.00
08-18-20	Saadia	D0210 Intraoral-series w/bitew	49.00		49.00	49.00
08-18-20	Account	Cash payment: thank you!		51.00	-2.00	-2.00

Current Dental Terminology copyright © 2020 American Dental Association. All rights reserved.

Your Prescription Receipt

BARHOUMI, SAADIA

4440 FAIRWAY BLVD #108
BRADENTON, FL 34209
(941) 736-6999 DOB: 04/29/1960

Publix Pharmacy# 1326
4651 CORTEZ RD W
BRADENTON, FL 34210
Phone# (941) 792-7325

Rx: **6369631** New
Filled: 08/24/20

NYSTATIN 100,000 UNITS/ML SUS

NDC: 00121-0810-16 Mfg: PHARMACEUTICAL
Qty: 200 Days: 10

No Refills. Auth Required.

DOUGLAS SELLECK

Primary Ins. RX PLAN

Primary Ref. # PUBLIX 4865905

Your plan(s) have saved you \$19.55

Your Medication

NDC# 00121-0810-16

Side 1 -

Side 2 -

Form: suspension

Shape:

Color: light creamy

AMOUNT DUE: \$18.40



We can text you when your prescription is ready.
Ask us how!

Don't like the taste of this medication?
We can change the flavor.

DRUG NAME: NYSTATIN 100,000 UNITS/ML SUS **MFG:** PHARMACEUTICAL
GENERIC NAME: NYSTATIN 100,000 unit/mL

USES: This medication is used to treat fungal infections of the mouth. Nystatin is an antifungal that works by stopping the growth of fungus. Nystatin suspension should not be used to treat fungal infections of the blood.

PRECAUTIONS: Before taking nystatin, tell your doctor or pharmacist if you are allergic to it; or if you have any other allergies. This product may contain inactive ingredients, which can cause allergic reactions or other problems. Talk to your pharmacist for more details. Before using this medication, tell your doctor or pharmacist your medical history, especially of: HIV disease, diabetes, kidney disease. This product contains sugar. Caution is advised if you have diabetes. Ask your doctor or pharmacist about the safe use of this product. Denture wearers need to be careful to properly clean and maintain their dentures during treatment with this medication. This medication should be used only when clearly needed during pregnancy. Discuss the risks and benefits with your doctor. It is not known whether this drug passes into breast milk. Consult your doctor before breast-feeding.

HOW TO USE: Shake well before using, and use the provided medication dropper to carefully measure out the dose. Unless your doctor instructs you otherwise, use as follows: Place half of the dose in one side of the mouth. Swish it around the mouth, gargle, and swallow or spit out as directed. Keep the liquid in your mouth for as long as possible. Then repeat with the remaining half of the dose in the other side of the mouth. Avoid eating for 5-10 minutes after using this medication. Use this medication 4 times a day or as directed by your doctor. It may take from several days to several months to complete treatment. Use this medication regularly in order to get the most benefit from it. Remember to use it at the same times each day. Dosage is based on your medical condition and response to therapy. Continue to use this medication until the full prescribed amount is finished, even if symptoms disappear after a few days. Stopping the medication too early may allow the infection to continue, resulting in a return of the infection. Inform your doctor if your condition persists after several days of treatment or worsens at any time.

OVERDOSE: If someone has overdosed and has serious symptoms such as passing out or trouble breathing, call 911. Otherwise, call a poison control center right away. US residents can call their local poison control center at 1-800-222-1222. Canada residents can call a provincial poison control center.

SIDE EFFECTS: Mouth irritation, diarrhea, nausea, vomiting, or stomach upset may occur. If any of these effects persist or worsen, notify your doctor or pharmacist promptly. Remember that your doctor has prescribed this medication because he or she has judged that the benefit to you is greater than the risk of side effects. Many people using this medication do not have serious side effects. Tell your doctor right away if any of these rare but very serious side effects occur: fast heartbeat, wheezing, muscle pain. A very serious allergic reaction to this drug is unlikely, but seek immediate medical attention if it occurs. Symptoms of a serious allergic reaction may include: rash, itching/swelling (especially of the face/tongue/throat), severe dizziness, trouble breathing. This is not a complete list of possible side effects. If you notice other effects not listed above, contact your doctor or pharmacist. In the US - Call your doctor for medical advice about side effects. You may report side effects to FDA at 1-800-FDA-1088 or at www.fda.gov/medwatch. In Canada - Call your doctor for medical advice about side effects. You may report side effects to Health Canada at 1-866-234-2345.

The information in this monograph is not intended to cover all possible uses, directions, precautions, drug interactions, or adverse effects. This information is generalized and is not intended as specific medical advice. If you have questions about the medicines you are taking or would like more information, check with your doctor, pharmacist, or nurse.

Information last revised November 2019. Copyright(c) 2019 First Databank, Inc. Information last revised November 2019. Copyright(c) 2019 First Databank, Inc.