

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ique :

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

envi. par mail 47541  
12.11.20

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0012320

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5573 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Elouah Nacerig Date de naissance : 20.8.61

Adresse : 22 Rue de la Fontaine Ris Sons

Tél. : 06.42.40.50.37 Total des frais engagés : 85.8 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Rx#:4643516 DOB: 1/29/1958 0/0 8/14/2020 (C )  
BENNIS, SAMIR HOTEL NEW YORK NY 10037  
#6.6 CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%  
PARK, DOO 50383-0419-06 HI TECH PH  
Copay \$85.00 Ins Paid \$85.00 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 : .....

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) : .....

16 NOV. 2020

ACCUEIL

## 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
02/01/2018				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	 <b>HARLEM PHARMACY &amp; SURGICALS</b> LENOX STAR PHARMACY, INC. 531 Lenox Avenue New York, NY 10037	DE# FL2804496 PHONE # <b>212-368-7900</b> FAX # <b>212-368-3999</b>
---	---	---

• THANK YOU --

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Patient Counselling For: BENNIS, SAMIR Rx#: 4643516 Drug: CICLOPIROX TOPICAL SOL 8%  WHAT IS THIS MEDICINE? CICLOPIROX (sya kloe PEER ox) NAIL SOLUTION is an antifungal medicine. It is used to treat fungal infections of the nails.  BS RFFII 1
---	------	--

AUXI

<b>Cachet et signature du Praticien</b>	<b>Date des Soins</b>	provider or pharmacist if you have questions.	Side effects that usually do not require medical attention (report to your doctor or health care professional if they continue or are bothersome): -mild reddening of the
.....	.....	WHAT SIDE EFFECTS MAY I NOTICE FROM RECEIVING THIS MEDICINE?	.....
.....	.....	Side effects that you should report to your doctor or health care professional	.....
.....	.....	.....	.....

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION