

## 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 un 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.

### Reéducation :

- 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 canalaire, 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 épreuve suivant le traitement ou de prothèse ou de traitement canalaire.

### 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Reclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

N° W19-563214

ND: 42637 CM

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent		
Matricule	12327	Société
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : MOA GHRI FILALI MOUNIR		
Date de naissance : 02/09/1985		
Adresse : nes AL FIRDAOUS GH25 AGG APPT92 CASA		
Téléphone	0661087775	Total des frais engagés : 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	
Date de consultation : 02/10/2010	
Nom et prénom du malade : MOA GHRI FILALI MOUNIR	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Fracture pied	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous forme d'un pli confidentiel au 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 l'obligation d'adhérer à la protection des données personnelles.  
Fait à : CASABLANCA  
Signature de l'adhérent(e) : DR. AZAGUI Yassine

Le : 02/10/2010

## 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
28/09/20	C9	150,00	INP : 60	

ca  $\frac{1}{5}$  150.00

A circular blue ink stamp. The outer ring contains the text 'MISSISSIPPI STATE LIBRARIES' at the top and 'JULY 1968' at the bottom. In the center, the number '15010' is stamped.

Dr. AZAGUI Yassine  
Rhumatologue - Orthopédie

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien

festant de la Fête, en

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

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

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

important:

Montana  
Disaster

1. *What is the name of the person you are writing to?*

1990-1991

HN  
EXERCISES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT

PROTHÉSES DENTAIRES	MASTICATOIRE	EFFICIENT DES TRAVAUX	...
	H ES-0410   08-0410		

	B	DFS SOKA
	(Creation request, selection)	

DATE DU

1. *What is the name of the author?*

DATE DE  
L'EXECUTION



N° IPP :	533120	N° SEJOUR :	200031499	<b>FACTURE N° 2002013660</b>				DATE D'ENTREE : 28/09/2020		DATE DE SORTIE : 28/09/2020	
ASSURE :			DESTINATAIRE :					MDAGHRI FILALI, Mounir			
MALADE :	MDAGHRI FILALI, Mounir		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :			N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :			N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 100097 DR. AZAGUI YASSINE				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 28/09/2020				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
EDITEE LE : 28/09/2020				DATE AT :						
PAR: FAZAZI				N° DE POLICE :						
VISA				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI						
				BANQUE : BMCE - BERNOUSSI						
				N° compte bancaire : 01178000049210006006888						