

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-600556

53832

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1392 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BACHASSE HANAFED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 972,20

Cadre réservé au Médecin

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd. attestant le Paiement des Ac.
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

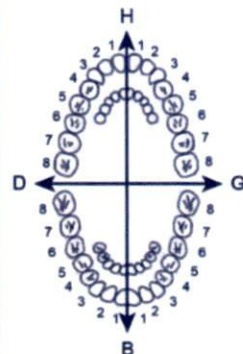
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

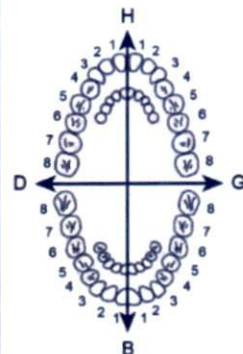
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-379628	
Date de Dépôt	Montant engage	Nbre de pièces Jointes
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		



W18-379628

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	1392
Nom & Prénom		BAGASSE Mohamed	
Fonction	Retraite	Phones	0600770653
Mail		mbagasse@gmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient	BAGASSE Mohamed
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Age	58
Nature de la maladie	Date		03.08.20
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Anesthésie		5	950,00
PHARMACIE		Date	03/08/2020
Montant de la facture		22,20	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Total = 950,00 + 22,20
= 972,20

Di



VI



الدكتور يوسف اليحياءوي

خريج كلية الطب بباريس
طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس
حائز على امتياز من جامعة ليموج
اختصاصي في أمراض
القلب و الشرايين

Marrakech , le : 03.08.2020 : مراکش في

$\eta \sim \text{BAGELSS}$ buffer

22, 20

Cooldipane SMP2

22.20

Pharmacie FLEMING
Dr. LAM
3 Rez de ch. A-55ANI Kaza
Semlalia - Gueliz - Lamhite
Tunisie

3 Rue
Sem

Dr. YAHIAOUI
Cardiologue
Tél: 05 24 44 60 60
Com: 05 61 19 31 79

Docteur Youssef ELYAHIAOUI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la faculté de Médecine de
Paris

Date : 03.08.2020

Rapport d'ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

Nom : BAGASSE Hafida.

Âge : 58 ans Poids : 84 kg.

Taille : 164 cm

Surf. Corporelle : 1,85 m2.

Clinique : HTA ? Précordialgies.

- **AORTE** initiale et ascendante non dilatée . Sigmoides aortiques de structure fine, d'ouverture systolique bien soutenue. Flux systolique normal. Pas de fuite .
- **APPAREIL MITRAL** : Structure et cinétique normales. ASV non remanié. Anneau non dilaté non calcifié. Pas de sténose. Pas de fuite.
- **VG** non dilaté, non hypertrophié. De bonne contractilité (FE : 66 %).
- **Pressions** de remplissage gauche non élevées (E/Ea : 9).
- **OG** non dilatée , vide d'écho.
- **Cavités droites** de dimensions normales. Bonne fonction **VD** .
- **VCI** non dilatée, compliant.
- **IT** permettant d'estimer la **PAPs à 30 mmHg**.
- **Valve Pulmonaire** de structure et cinétique normales.
- Pas de **thrombus** ni **masse intracavitaire** visible en ETT.
- **PERICARDE** : libre , non épaissi, non calcifié.

Dr Y. ELYAHIAOUI

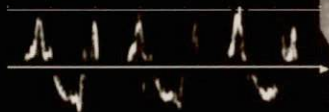
Dr. YOUSSEF EL YAHIAOUI
Cardiologue
Rue Tarik Ben Ziad - Marrakech
Tél: 05 24 44 60 60
GSM : 06 61 19 31 70

3: CARDIO TDI SC: 1.85w PMR: 100%

0.20 615 C4

0.09m/s

E/A



+0.20

383/384
79Hz

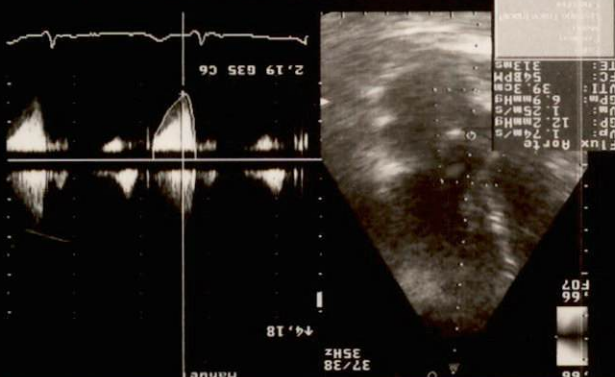
ALOKA
Dr. ELYAHIAOUI Y. : BAGASSE HATIDA: 58A FC54 03-08-20
F 13:53:22

Placez le point de vitesse sans au moyen du trackball

PMR: 84%

SC: 1.85%

P17 663 C10 R2



ALOKA Dr. ELYAHINOUI Y. : BAGASSE HAÏDA: 58A FC54 03-08-20

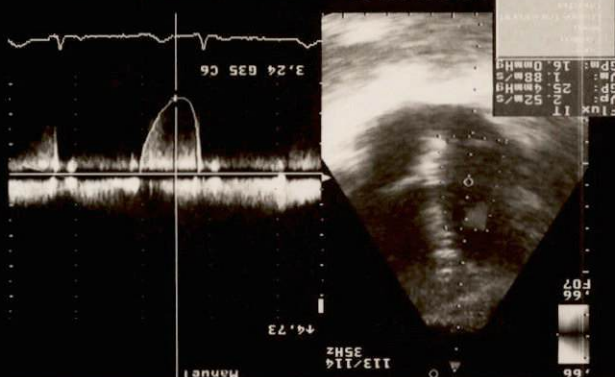
F 13:51:08

Placez le point de vitesse sans au moyen du trackball

PMR: 84%

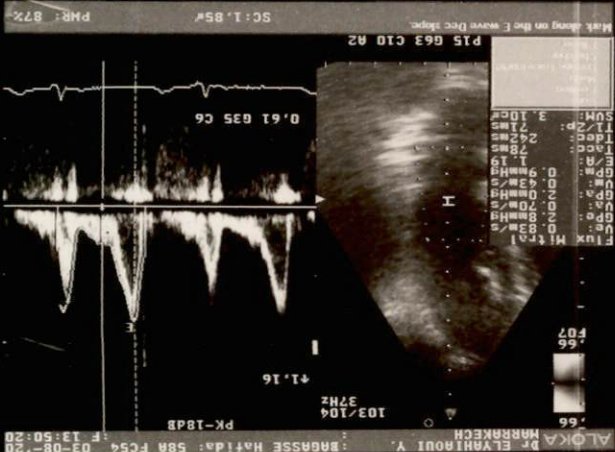
SC: 1.85%

P17 663 C10 R2



ALOKA Dr. ELYAHINOUI Y. : BAGASSE HAÏDA: 58A FC55 03-08-20

F 13:52:31



Bagasse, Hafida

ID:

D-naiss:

ans,

3-Aou-2020 11:41:18

Fréq. Card.: 54 BPM

Int PR: 171 ms

Dur. QRS: 137 ms

QT/QTc: 453/440 ms

Axes P-R-T: 54 65 35

