

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 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

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.

53832

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricle : <u>1392</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>BACASSE</u> <u>INHALED</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : <u>972,20</u>	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			Age: _____
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
		<input type="checkbox"/> 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 ^o 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) :

MUPRAS
30 DEC. 2020
ACC/CIEIL

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIGRAPHIES

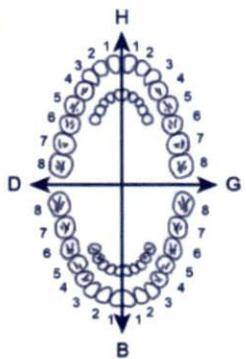
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

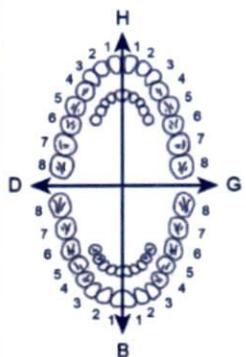
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	
.....	
.....	
.....	

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
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

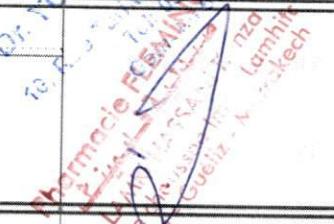
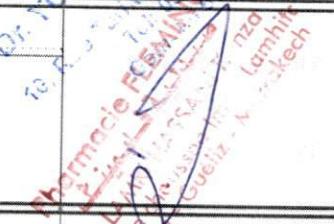
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
DROITE	GAUCHE				
HAUT					
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42				
22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33	43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54				
O.D.F. Prothèses dentaires		Determination du coefficient masticatoire			
DROITE	GAUCHE	H			
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42	25533412 00000000	21433552 00000000	G	
HAUT		00000000	00000000		
22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33	43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54	35533411	11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des soins			
		Date du devis			
		Fin de			
VOLET ADHERENT		NOM : <input type="text" value="W18-379628"/>		Mle <input type="text"/>	
DECLARATION N°		<input type="text" value="W18-379628"/>			
Date de Dépôt	Montant engagé	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 <input type="text" value="1392"/>	
Nom & Prénom <input type="text" value="BAGASSE D'hamed"/>			
Fonction <input type="text" value="Retraite"/>		Phones <input type="text" value="0600770653"/>	
Mail <input type="text" value="mbagasse5@gmail.com"/>			
MEDECIN	Prénom du patient <input type="text" value="BAGASSE Hafidu"/>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Age <input type="text" value="58"/>	Date <input type="text" value="03.08.20"/>	Date 1ère visite
Nature de la maladie <input type="text" value="hernie de l'abdomen - knt?"/>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes <input type="text" value="Act 12 ElectroCres"/>		Nbre de Coefficient <input type="text"/>	Montant détaillé des honoraires <input type="text" value="950,00"/>
PHARMACIE		Date <input type="text" value="03/08/2020"/>	
Montant de la facture <input type="text" value="22,20"/>			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date <input type="text"/>	
Désignation des Coefficients <input type="text"/>		Montant détaillé des Honoraires <input type="text"/>	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date <input type="text"/>			
Nombre <input type="text"/>		Montant détaillé des Honoraires <input type="text"/>	
AM <input type="text"/>	PC <input type="text"/>	IM <input type="text"/>	IV <input type="text"/>

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



22/20
F P V
22 DH 20
P E R
10/21
L O T
12422



الدكتور يوسف اليحياوي

خريج كلية الطب بباريس
طبيب ملحق سابقًا بمستشفيات باريس
حاائز على امتياز من جامعة ليموج
اختصاصي في أمراض
القلب والشرايين

Marrakech , le : 03.08.20 مراكش في :

Dr. YOUSSEF YAHIAOUI

22, 20

Collapse steps

22, 20

Pharmacie FLEMING
Dr. Lahyani - AGSANI Kenza
3 Rue de ch. Sennar - Guéliz - Marrakech

Dr. Tarik Ben Ziad - Marrakech
1, Rue Tarik Ben Ziad - Marrakech
Tél: 05 24 44 60 60
Gsm: 06 61 19 31 70

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
06 61 19 31 70

PHR:180%

PS8.T:35

3: CARB10 TDI

0,20 G15 C4

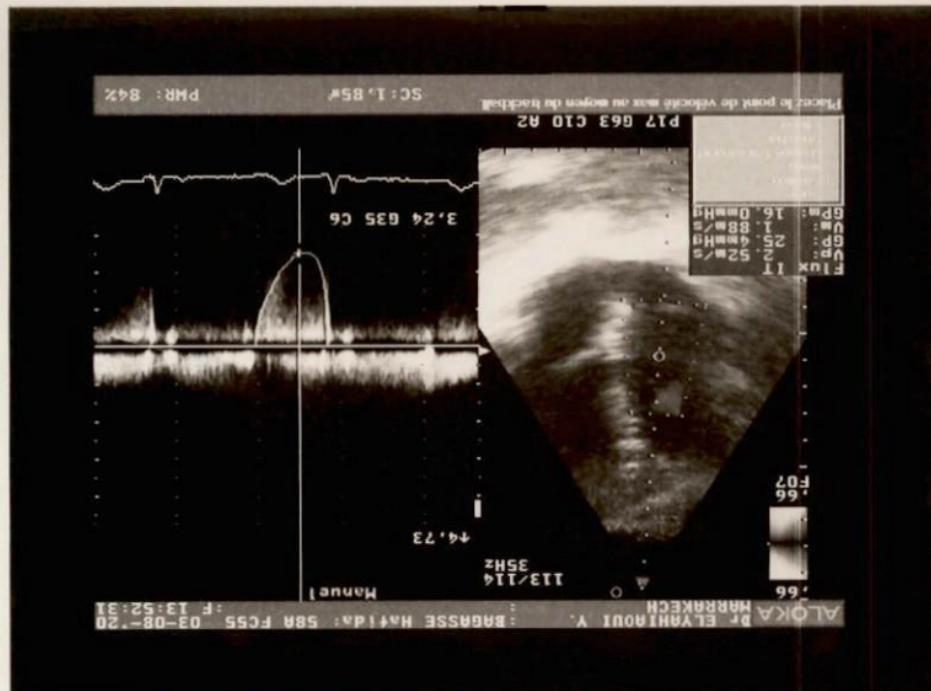
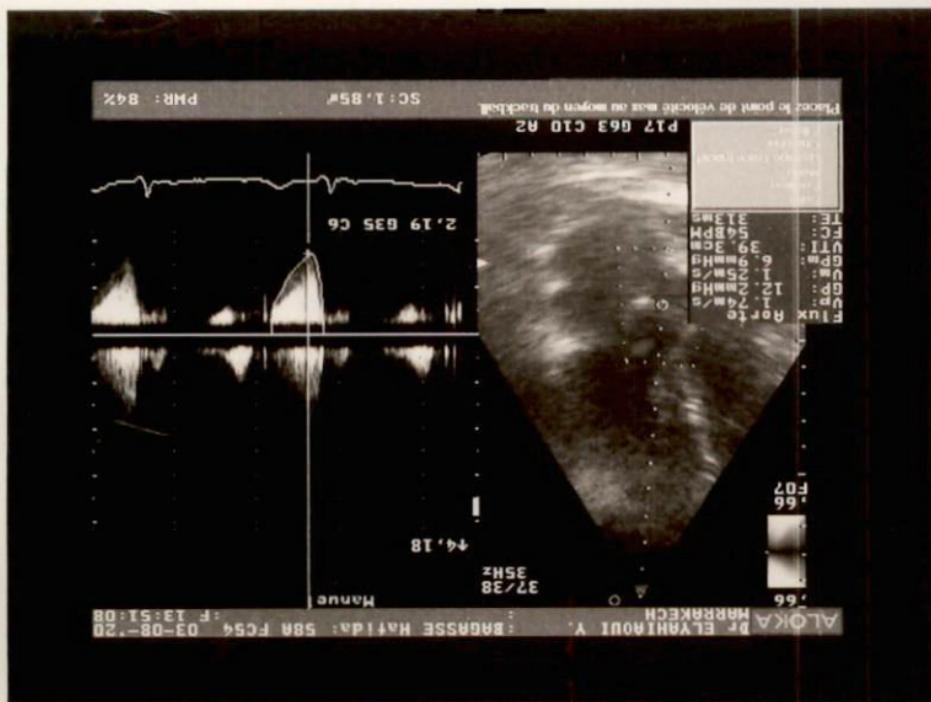
S/N 60-0

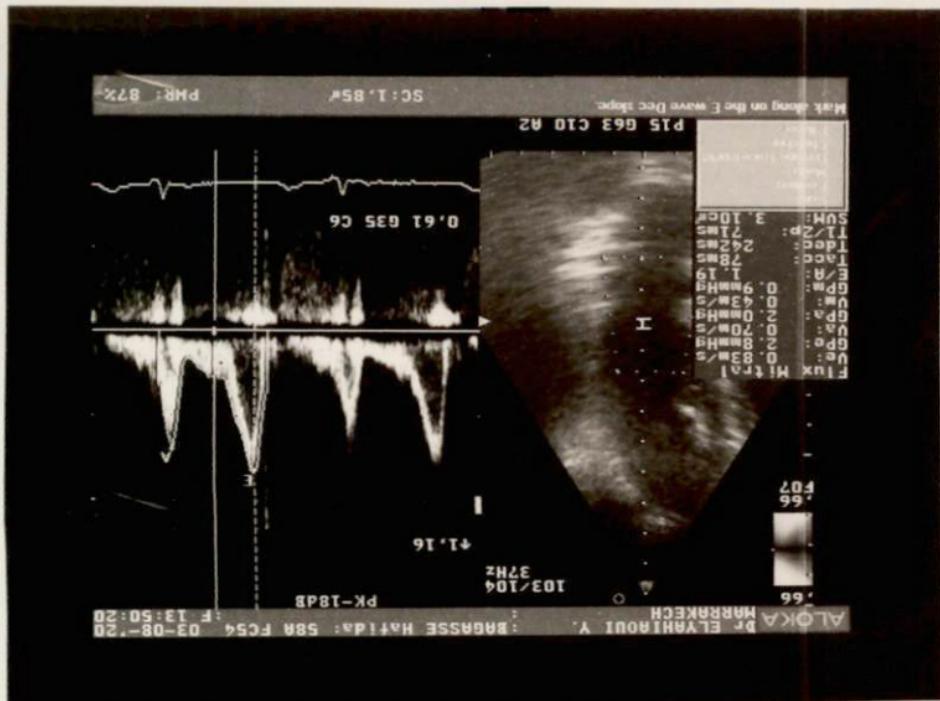
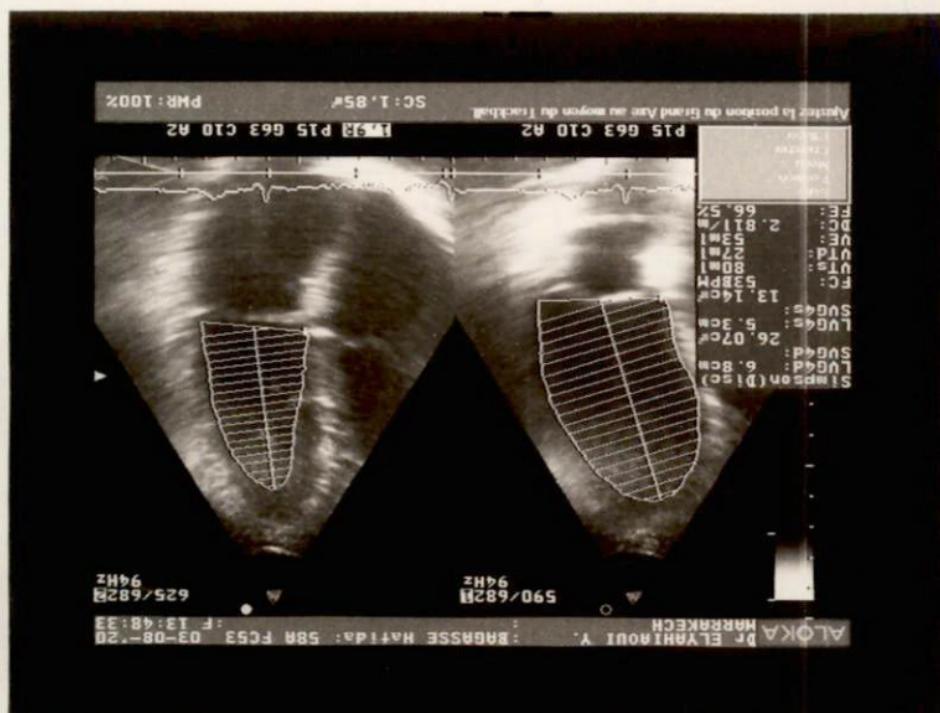
193

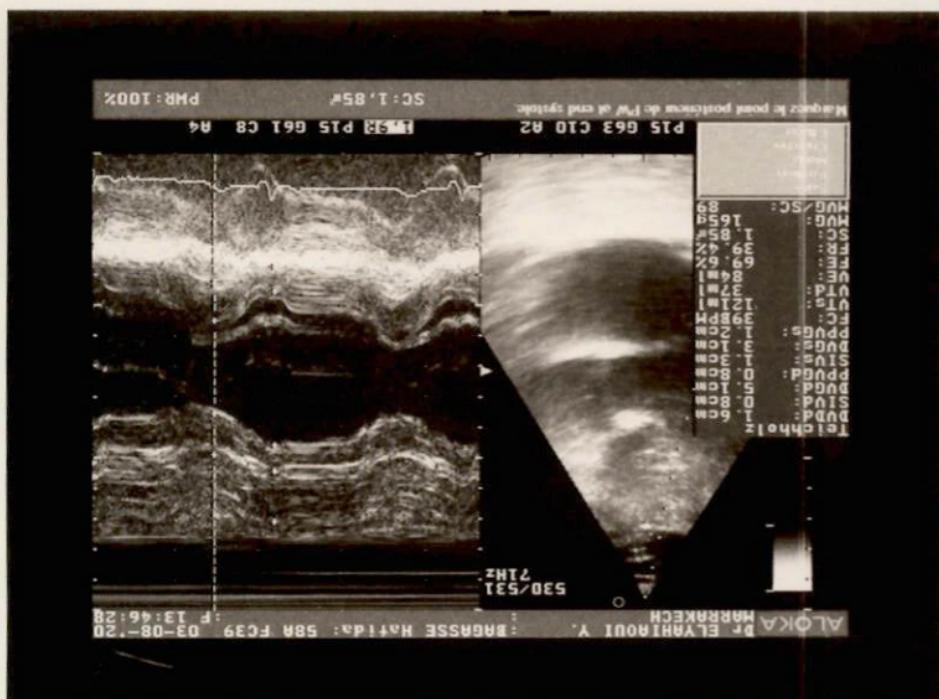
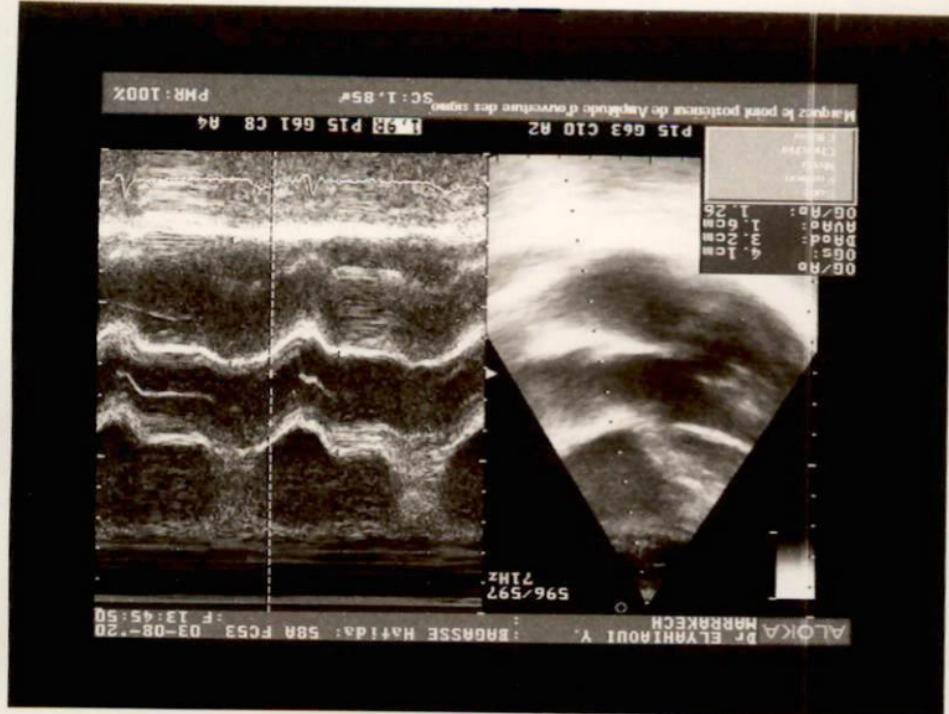
02.04

796
483/383

ALPKA DE ELYRAHIAOU V. : BURGASSE HATIDA: 58A FC54 03-08-20 : F 13:53:22







Bagasse, Hafida

ID:

D-naiiss:

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

