

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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.

**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 Maladie

N° M20- 0006880

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7013

Société : RAM 69208

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUGARI SAID

Date de naissance : 06/01/1964

Adresse : LISSASFA HY LAIMOUNE LOT AL BOURTOUKAL NR 23 CASABLANCA

Tél. : 06 61 09 33 83 Total des frais engagés : 2500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 03 2021

Nom et prénom du malade : EL OUARDA BOUCHRA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Varices des M.I.

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 : Casablanca

Le : 31 AVR 2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible][illegible][illegible]

| <b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
| <b>SOINS DENTAIRES</b>                                                                                                          |  | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
| <b>O.D.F.<br/>PROTHESES DENTAIRES</b>                                                                                           |  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H<br/> 25533412    21433552<br/> 00000000    00000000<br/> D ————— G<br/> 00000000    00000000<br/> 35533411    11433553<br/> B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                       |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                                                                  |  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |             |                                                                                                                                                                                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

DATE: 19-03-2021

M<sup>e</sup> EL OUARDIA BOUCHRA

Sclerose échoguidée

  
**Dr. BENJELLOUN Hamza**  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INPE : 091173252  
ICE : 001948308000045

**DR. BENJELLOUN HAMZA**  
CHIRURGIEN VASCULAIRE ET ENDOVASCULAIRE  
ANGIOLOGUE ET PHLEBOLOGUE  
ANGLE TRIKIDIA- AV ABDERRAHIMBOUABID  
GREEN OFFICE, IMM N°02 3ÈME ÉTAGE-CASA  
Tél : 05.22.98.28.44  
Email : drhbenjelloun@gmail.com

## Facture N°: 4789

Date : 19/03/2021  
Bénéficiaire : Mme Elouardia Bouchra  
Mme ELOUARDIA BOUCHRA

Tél: +212661977262

Email:

Adresse:

| Code                 | Description         | Quantité | Prix     | Sous-total |
|----------------------|---------------------|----------|----------|------------|
| Visite du 19/03/2021 |                     |          |          |            |
| SE                   | Sclérose echoguidée | 1        | 2 500,00 | 2 500,00   |
| Total                |                     |          |          | 2 500,00   |

Arrêté le présent document à la somme de :  
deux mille cinq cents dirham(s)

**Dr. BENJELLOUN Hamza**  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INPE : 091173252  
ICE : 001948303003045

19/03/2021

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

Mme ELOUARDIA BOUCHRA

Acte : Ablation chimique de la GVS G (jonction+tronc)

CRO :

- DD
- 2 Ponctions échoguidées de la GVS G au niveau crurale (1/3 proximal et distal), avec injection de POLIDOCANOL 1% en 1 cc en mousse
- Sclérose des varices de jambe au polidocanol 0.5% en 1 cc en mousse
- Bon contrôle échographique
- Bas de contention classe 2

Dr. BENJELLOUN Hamza  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INPES 09117353