

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'I
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-014376

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Zouine Abdelhak
 Date de naissance : 15/06/1948
 Adresse : 27 Rue Ibn Noujel KARRAN 166
Appt n°2 quai Burger NABRI Casablanca
 Tél. : 0658903377 Total des frais engagés : 223,20 Dhs
0644626488

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/06/2023
 Nom et prénom du malade : SADAT CHADIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection veineuse
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casa Le : 22/06/2023
 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 Médecin attestant le Paiement des Actes
19-06-83			400,-	Dr. BENJAMIN HANTON Chirurgien Vasculaire et Phlébologue INPE : 0019721 ICE : 0019721

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MAUSOLEES Dr. GUELMASSI Bouchra 30, Rue Mausolee 2, Hôpital 2058 - Tél: 05 22 86 28 99	19/06/23	133,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10-06-85	cto	11209,-

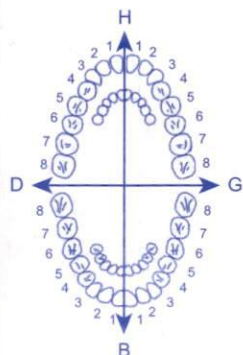
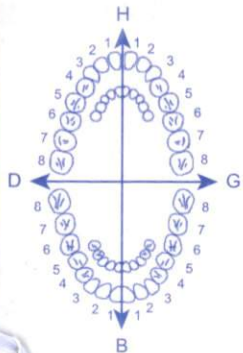
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE:

19-06-23

7. Prise en charge de l'artère

de l'artère de l'artère


Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 09173252
ICE : 001948308000045

DR. BENJELLOUN HAMZA
 CHIRURGIEN VASCULAIRE ET ENDOVASCULAIRE
 ANGIOLOGUE ET PHLEBOLOGUE
 ANGLE TRIK JDIJA - AV. ABDERRAHIMBOUABID
 GREEN OFFICE, 3ème étage, CASABLANCA
 Tél: 05 22 98 28 44
 Email: drhbenjelloun@gmail.com
CABINET VASCULAIRE
Dr. H. Benjelloun

DR. HAMZA BENJELLOUN
 CHIRURGIEN VASCULAIRE
 ET ENDOVASCULAIRE / ANGIOLOGUE
 ET PHLEBOLOGUE
 ☎ +212 5229 82844
 ☎ +212 6690 11919 +212 6669 06090
 ✉ DRHBENJELLOUN@GMAIL.COM
 🌐 WWW.VARICESCASABLANCA.MA

casablanca le : 19/06/2022

Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.
 6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.
 6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
 Acide acétylsalicylique
 P.P.V. : 27,70 DH
 Bayer S.A.
 6 118001 090280

MME SADAWI KHADIJA

- Cardioaspirine 100 mg
 1 Comprimé, pendant 3 mois
- VEIN UP
 1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

27,70 x 3 = 83,10
79,90
210,00
370,00
Dr. BENJELLOUN Hamza
 Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
 Angiologue et Phlébologue
 Tél: 05 22 98 28 44
Dr. BENJELLOUN Hamza
 Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
 Angiologue et Phlébologue
 TNPE 091173212

PHARMACIE DES MAUSOLEES
 Dr. SIJELMASSI Bouchra
 30, Rue Mausolee - Hôpitaux
 Casa - Tél: 05 22 66 28 99

35,00
ريت كسبانان
 ريفاروكسابان
 15 mg
 28 comprimés pelliculés
 عن طريق الفم
 Rexaban® 15 mg
 28 comprimés pelliculés
 6 118000 072652

35,00
ريت كسبانان
 ريفاروكسابان
 15 mg
 28 comprimés pelliculés
 عن طريق الفم
 Rexaban® 15 mg
 28 comprimés pelliculés
 6 118000 072652

Boîte de
gélules

30

VEIN UP

VIGNE ROUGE
HAMAMÉLIS / GINKGO

Poids Net Total
Gelule : 402mg

à base de plantes naturelles

VEIN UP

LOT : 155240N

DLUO : 05/2024

PPC : 89.90 DH

PHARMA CONNECT



**PHARMA
CONNECT**

19/06/2023

ECHO-DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS

Nom/prénom : Mme SADAWI KHADIJA

Motif de la demande : C4S BILAT G>D

A droite :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continente (9mm) en terminale et incontinente en préterminale, collatérale de la GVS continente
- VSA incontinente (5.5mm)
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial incontinent (6.5mm) alimentant des varices de jambe
- GVS jambière continente (3mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplitée continente et tronc continent (3mm)
- Fuite pelvienne P et C importantes
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinente

A gauche :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS incontinente (10.5mm) en terminale et incontinente en préterminale, collatérale de la GVS incontinente
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial incontinent (9.5mm) avec synéchies alimentant des varices de jambe
- GVS jambière continente (3mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplitée continente et tronc continent (3.5mm)
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinente

Conclusion :

- GVS D et VSA D et GVS G incontinentes (jonction et tronc) alimentant des varices de jambe
- Séquelles de phlébite au niveau de la GVS G
- Fuite pelvienne bilatérale, symptomatologie pelvienne faisant suspecter des varices pelviennes.


DR. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE 09117352

DR. BENJELLOUN HAMZA,
CHIRURGIEN VASCULAIRE ET ENDOVASCULAIRE
ANGIOLOGUE ET PHLEBOLOGUE
ANGLE TRIKJIDA-AV ABDERRAHIMBOUABID
GREEN OFFICE, IMM N°62 3ÈME ÉTAGE-CASA
Tél : 05.22.98.28.44
Email : drhbenjelloun@gmail.com

Facture N°: 10888

Date : 19/06/2023

Bénéficiaire : Mme Sadawi Khadija

Mme SADAWI KHADIJA

Tél: 0641696468

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 19/06/2023				
CNS	Consultation	1	400,00	400,00
Ech	echodoppler des M.inf	1	1 100,00	1 100,00
Total				1 500,00

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

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 091873252
ICE : 001948308000045

ICE:001948308000045

Dr BENJELLOUN HAMZA-I.F n°20788654 –Patente n° 34394108 –CNSS n°5926673



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : SADAWI KHADIJA EP. Zouine ABDELKARIM

Matricule : 2525 N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☒ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Insuffisance veineuse & Varices de m.j.f

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- Cardioaspirine 100 mg
- Ven UP 1cp/jr pendant 6 mois
- Kexaban 15 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casa le 19/06/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 091173252
ICE : 001246308000045

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

