

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 063288

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6992 6992 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JISMANI AHMED

Date de naissance : 25-01-59

Adresse : RES EL FAR

Tél. : 0675592651

Total des frais engagés : 400,00 + 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 691173252
ICE : 001948308000045

Date de consultation : 10 / 03 / 2020

Nom et prénom du malade : JISMANI AHMED

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Varice de M. J.

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :




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
10.03.20	C ₃		400,00	Dr. BENJELLOUN Hamza Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire Angiologue et Phlébologue INPE : 091173252 ICE : 001948308000045

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10.03.20	C ₃		400,00	Dr. BENJELLOUN Hamza Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire Angiologue et Phlébologue INPE : 091173252 ICE : 001948308000045

[illegible]

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
BENJELLOUN Hamza Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire Radiologue et Phlébologue INPE : 091173252 CE : 001948308000045	12.03.20	Echographie des M. INF	900,00

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 BENJELLOUN Hamza Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire Radiologue et Phlébologue INPE : 091173252 CE : 001948308000045	12.03.20	Echodoppler des M. INF	900,00

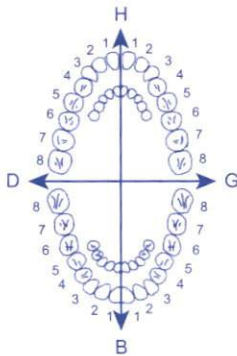
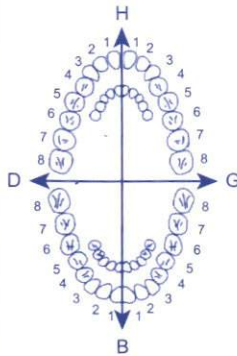
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

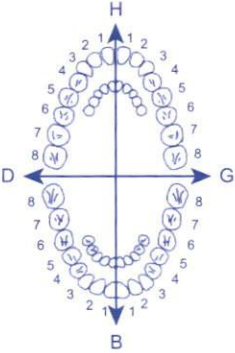
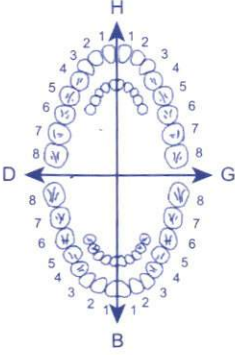
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET VASCULAIRE
—CASA-ANFA—

DR. HAMZA BENJELLOUN

CHIRURGIEN VASCULAIRE
ET ENDOVASCULAIRE / ANGIOLOGUE ET PHLÉBOLOGUE

☎ +212 5229-82844

☎ +212 6669 06090 +212 6690 11919

✉ DRHBENJELLOUN@GMAIL.COM

🌐 WWW.CENTRE-VASCULAIRE-CASABLANCA.COM

Date : 10 - 03 - 2020

Mr JISMANI
AHMED

Echodoppler des m. INF

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



Facture N°: 2828

Date : 10/03/2020

Bénéficiaire : Mr Jismani Ahmed

Mr JISMANI AHMED

Tél: 0675592651

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 10/03/2020				
CNS	Consultation	1	400,00	400,00
Ech	echodoppler des M.inf	1	900,00	900,00
			Total	1 300,00

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

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

ICE:001948308000045



CABINET VASCULAIRE
CASA-ANFA

DR. HAMZA BENJELLOUN

CHIRURGIEN VASCULAIRE
ET ENDOVASCULAIRE / ANGIOLOGUE ET PHLÉBOLOGUE

☎ +212 5229 82844

☎ +212 6669 06090 +212 6690 11919

✉ DRIBENJELLOUN@GMAIL.COM

WWW.CENTRE-VASCULAIRE-CASABLANCA.COM

PLI CONFIDENTIEL

Casablanca le : 10/ 03/ 2020

Mr JISMANI AHMED

RC : Varices membres inférieurs C4S BILAT

TRAITEMENT : TRAITEMENT DES VARICES PAR RADIOFREQUENCE GVS D et GVS G ASSIMILEE A LA CROSSECTOMIE EVEINAGE STRIPPING GVS D et GVS G A LA C557K80 NGAP + C557K80 /2 NGAP + PHLEBECTOMIE K30/2

+ECHODOPPLER VEINEUX M.INF DE MARQUAGE PRE OPERATOIRE

Prix : 20000 dhs ttc

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





CABINET VASCULAIRE
CASA-ANFA

DR. HAMZA BENJELLOUN

CHIRURGIEN VASCULAIRE
ET ENDOVASCULAIRE / ANGIOLOGUE ET PHLÉBOLOGUE

☎ +212 5229 82844

☎ +212 6669 06090 +212 6690 11919

✉ DRHBENJELLOUN@GMAIL.COM 10/03/2020

🌐 WWW.CENTRE-VASCULAIRE-CASABLANCA.COM

ECHO-DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS

Nom/prénom : Mr JISMANI AHMED

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 incontinente (5mm) en terminale et incontinente en préterminale, collatérale de la GVS continente
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial incontinente (4mm)
- GVS jambière incontinente (4.5mm) alimentant des varices de jambe
- PVS avec jonction saphéno-poplitée continente et tronc continent (3mm)
- 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 (12.5mm) en terminale et incontinente en préterminale, collatérale de la GVS continente
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial incontinente (9mm)
- GVS jambière incontinente (5mm) alimentant des varices jambières
- PVS avec jonction saphéno-poplitée continente et tronc continent (2mm)
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinente

Conclusion :

- GVS D et G incontinente (jonction et tronc) alimentant des varices jambières
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinente de façon bilatérale

Dr H.BENJELLOUN

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

