

# 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.

## 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.

## 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

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : YAOQUBI

Date de naissance : 03/01/1963

Adresse :

Tél. : 061362176 Au

Total des frais engagés : 1000 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/10/2020

Nom et prénom du malade : YAOQUBI LATIFA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Vaincs 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 : 09/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
09/10/12	Injection		1000 -01-	<p>Dr. BENJILLOUN Hamed            Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire            Angiologue et Phlébologue            INPE : 091172252            ICE : 001948308000045</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES -**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

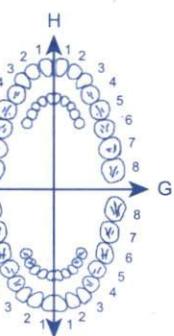
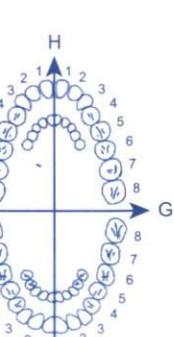
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 de

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												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Date : 09/10/2022

M<sup>e</sup> YA Pousbi LATIFA

Injection sclerotherapie  
microneedle

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 TRIKJDIDA - AV ABDERRAHIM BOUABID  
GREEN OFFICE, IMM N°62 3ÈME ÉTAGE-CASA  
Tél : 05.22.98.28.44  
Email : drhbenjelloun@gmail.com

## Facture N°: 3792

Date : 09/10/2020  
Bénéficiaire : Mme Yaqoubi Latifa  
Mme YAQOUBI LATIFA

Tél:  
Email:  
Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 09/10/2020				
MS	microsclérose	1	1 000,00	1 000,00
Total				1 000,00

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

Dr. BENJELLOUN HAMZA  
Chirurgien vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INPE : 591173252  
ICE : 001048308000045



# **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](http://WWW.CENTRE-VASCULAIRE-CASABLANCA.COM)

09/10/2020

## **COMPTE RENDU OPERATOIRE**

## **INFORMATIONS PATIENT :**

Nom : YAQOUBI

Prénom : LATIFA

Chirurgien : Dr. H. BENJELLOUN

Acte : Ablation chimique des varicosités de cuisses et jambes

CRO :

- DD et DV
  - Séance microsclérose : Sclérose des varices attenantes à la mousse Aetoxisclérol 0.5%
  - Bon contrôle échographique

D. 132  
Chirurgien-Dentiste et Endodontiste  
Anesthésiste et Métophysique  
ICE : 00132138000004