

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 058582

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 77671 Société : 50029

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAQOUB LATIFA

Date de naissance : 03/07/1963

Adresse :

Tél. 06 13 69 76 14 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :



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'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 : 058582

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

armacie :

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.

ique :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 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° P19-

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7761 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAQOUBI LATIFA

Date de naissance : 03/01/1963

Adresse :

Tél. : 0613627674 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENJELLOUN Hanifa
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE 091173252
ICE 091948308000045

Date de consultation : 23/10/2020

Nom et prénom du malade : YAQOUBI LATIFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Varices des jambes

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 : 05/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7761

Nom de l'adhérent(e) : YAQOUBI

Total des frais engagés : 1000

Date de dépôt :

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
23/10/20	Injection		1000 DH	Dr. BENJELLOUN Haniza Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire Angiologue et Phlebologue INPE : 091173252 CE : 001948308000045

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

VOLET ADHERENT

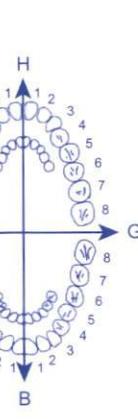
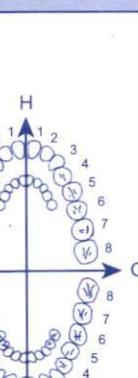
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
				Début d'exécution	
				Fin d'exécution	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	Determination du coefficient masticatoire				
	25533412	21433552		Coefficient des travaux	
	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'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Facture N°: 3897

Date : 23/10/2020
Bénéficiaire : Mme Yaqoubi Latifa
Mme YAQOUBI LATIFA

Tél:
Email:
Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 23/10/2020				
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
ICE : 00194836800045
INPE : 09117252

Date : 23/10/2020

M^e YAFOUBI LATIFA

Injection sclérothérapie
variqueux

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

✉ DRHBENJELLOUN@GMAIL.COM

🌐 WWW.CENTRE-VASCULAIRE-CASABLANCA.COM

23/10/2020

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

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