

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 081835

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8567 Société : Royal AIR MAROC  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHABBAR ASMAA  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 05291428 Total des frais engagés : 1500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENJELLOUN Hamza  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INPE : 09171252  
INPE : 00194800-00045

Date de consultation : 20/02/2023

Nom et prénom du malade : CHABBAR ASMAA Age :

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

Nature de la maladie : Insuffisance cardiaque

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 : 20/02/2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
20-2-83			400,00	Dr. BENJELIAN Chirurgien Vasculaire et Phlébologue INRE : 091173252 ICE : 001010100043

# 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 Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BENJELIAN Chirurgien Vasculaire et Phlébologue INRE : 091173252 ICE : 001010100043	20-2-83	500,00	1100,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

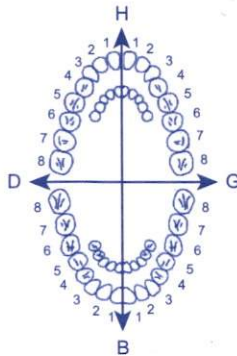
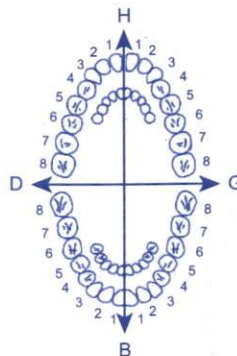
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE:

20-12-13

CHABAB ASMA

Dr. Hamza Benjelloun

**Dr. BENJELLOUN Hamza**  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INPE 091273252  
ICE 0014830400045

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

## Facture N°: 9728

Date : 20/02/2023

Bénéficiaire : Mme Chabbab Asmaa

Mme CHABBAB ASMAA

Tél: +212662031240

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 20/02/2023				
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  
IMPE : 091173252  
ICE : 001948308000045



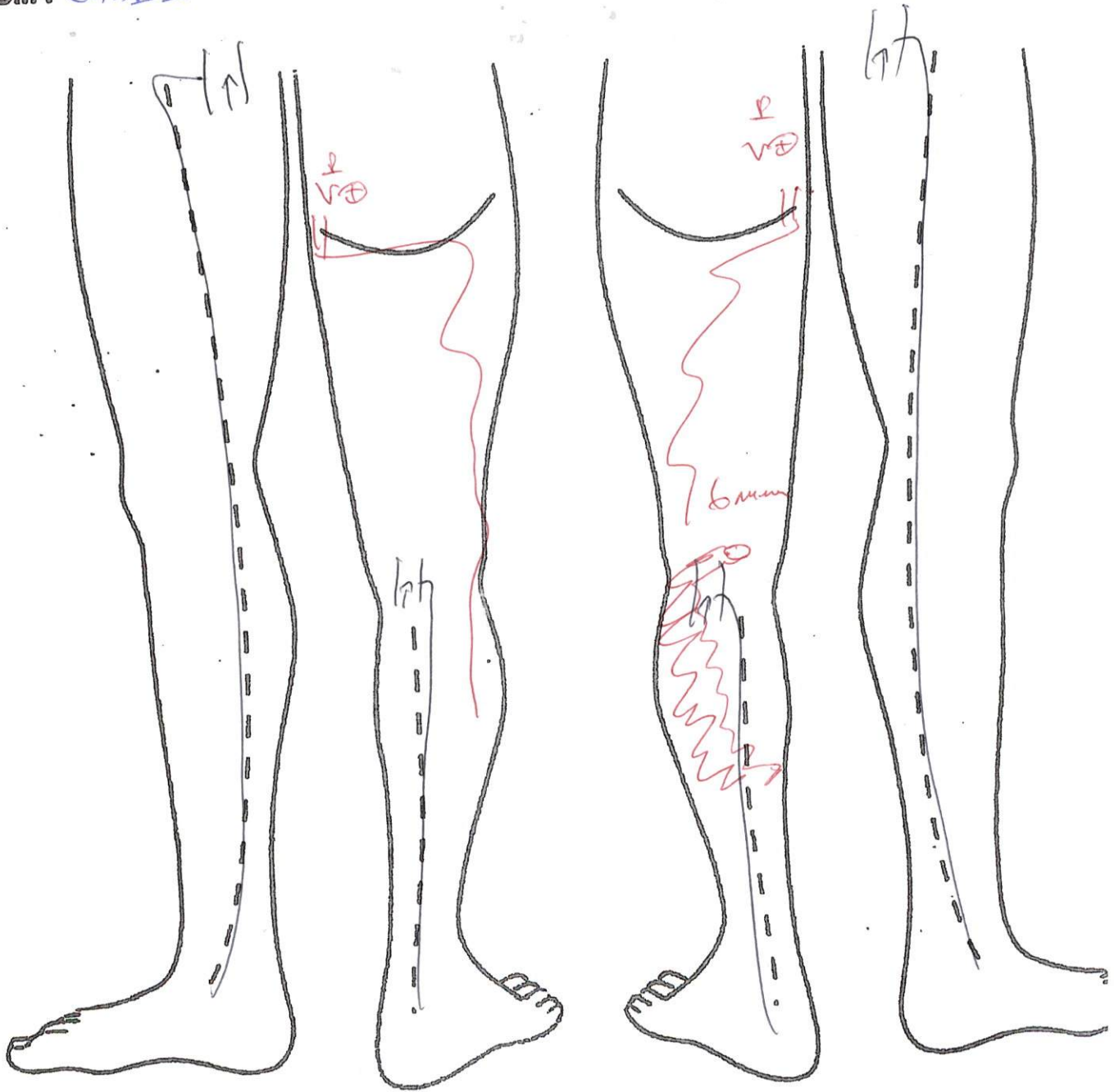
CARTOGRAPHIE VEINEUSE DES MEMBRES INFERIEURS

Dr

Prénom: ASMAA

Date: 02.02.23

NOM: CHABBAR



— —	Veine continue	○	Perforante
— — —	Varice tronculaire	⊗	Varice sinueuse
↑	Pointe antérieure	⊙	Sous le fascia
↓	Retour	⊗	Entrée sous le fascia
		→	Cicatrice

20/02/2023

**ECHO-DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS**

**Nom/prénom :** Mme CHABBAB ASMAA

**Motif de la demande :** C2S BILAT G>D

**A droite :**

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continente (4mm) en terminale et continente en préterminale, collatérale de la GVS continente
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial continent (4mm)
- GVS jambière continente (2.5mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplitée continente et tronc continent (2mm)
- Fuite pelvienne P importante alimentant des veines postérolatérales de cuisse et jambe incontinente

**A gauche :**

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continente (5mm) en terminale et continente en préterminale, collatérale de la GVS continente
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial continent (4mm)
- GVS jambière continente (2.5mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplitée continente et tronc continent (2mm)
- Perforante de fosse poplitée incontinente (6mm) alimentant des varices de jambe
- Fuite pelvienne P importante alimentant des veines postérolatérales de cuisse et jambe incontinentes

**Conclusion :**

- Réseau saphène continent
- Perforante de fosse poplitée incontinente D (6mm) alimentant des varices de jambe
- Fuites pelviennes bilatérales importantes témoins indirects de probables varices pelviennes, responsables de veines postérolatérales de cuisse et jambe incontinentes

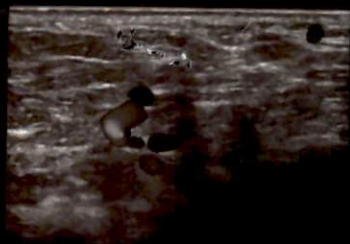
**DR. BENJELLOUN Hamza**  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
Tél: 09117352



CENTRE VASCULAIRE CASA A CHABBAH, ASMMA  
26/02/23 14:35:24 ADM 200223 142341

MI 1.1 Tls 0.1 1.4 129  
EFV

FUITE PEL VIENNE P G

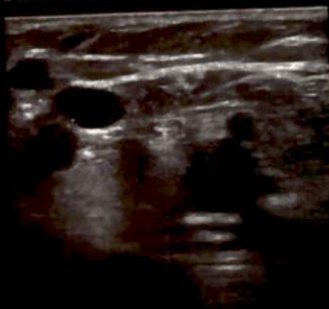


1.0	0.0
2.0	0.0
3.0	0.0
4.0	0.0
5.0	0.0
6.0	0.0
7.0	0.0
8.0	0.0
9.0	0.0
10.0	0.0
11.0	0.0
12.0	0.0
13.0	0.0
14.0	0.0
15.0	0.0
16.0	0.0
17.0	0.0
18.0	0.0
19.0	0.0
20.0	0.0

CENTRE VASCULAIRE CASA A CHABBAH, ASMMA  
26/02/23 14:34:14 ADM 200223 142341

MI 1.2 Tls 0.1 1.4 129  
EFV

PERF DE FOSSE POP G INCONTINENTE



1.0	0.0
2.0	0.0
3.0	0.0
4.0	0.0
5.0	0.0
6.0	0.0
7.0	0.0
8.0	0.0
9.0	0.0
10.0	0.0
11.0	0.0
12.0	0.0
13.0	0.0
14.0	0.0
15.0	0.0
16.0	0.0
17.0	0.0
18.0	0.0
19.0	0.0
20.0	0.0

5.7 mm