

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° S19-0005916

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12827 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LARINI Ghita Date de naissance : 01/01/81
Adresse : 2, Route d'Azemmour Casa
Tél. : 0662301772 Total des frais engagés : 4.800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENJELLOUN Hana
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 091173252
06220800045

Date de consultation : 23/03/2023
Nom et prénom du malade : LARINI Ghita Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
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 : Casa Le : 27/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :


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
03-03-83			2000	
03-03-83			4000	

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
	03-03-83	F410	6000

AUXILIAIRES MEDICAUX

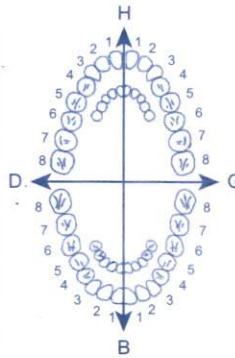
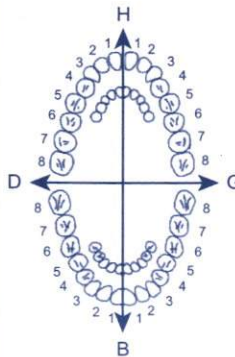
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT 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		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



**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

DATE:

B - 3-23

M^{me} LAMRINI GHITA

Echodoppler
des m.i.f

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



**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

DATE:

03-03-25.

12 L'ARTICLE 641A

Statut clinique

*Le casus d'insuffisance
artérielle CVA inférieure.*

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 091173252
ICE : 0019/8208000045

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

Facture N°: 10077

Date : 23/03/2023
Bénéficiaire : Mme Lamrini Ghita
Mme LAMRINI GHITA

Tél: 0662-801772
Email:
Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 23/03/2023				
CNS	Consultation	1	200,00	200,00
Ech	echodoppler des M.inf	1	600,00	600,00
SS	sclérose des saphènes	1	4 000,00	4 000,00
			Total	4 800,00

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

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
N°RE : 091173252
ICE : 001948308000045

ICE:001948308000045

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

23/03/2023

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Mme LAMRINI GHITA

Acte : Ablation chimique de la PVS D (jonction + tronc),

CRO :

- DD
- 2 Ponctions échoguidées de la PVS D au niveau jambier (1/3 proximal et distal), avec injection de POLIDOCANOL 1% en 1 cc en mousse
- Sclérose des varices de jambe au polidocanol 0.5% en 1 cc en mousse
- Bon contrôle échographique

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
Tél: 06 11 72 52

23/03/2023

ECHO-DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS

Nom/prénom : Mme LAMRINI GHITA

Motif de la demande : C2S BILAT D>G

A droite :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continente (7mm) en terminale et continente en préterminale, collatérale de la GVS continente
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial continent (4mm)
- GVS jambière continente (3.5mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplitée incontinente et tronc incontinent (4-6mm) alimentant des varicosités de jambe
- Fuite pelvienne P importante
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinente

A gauche :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continente (6.5mm) 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 (3.5mm)
- Fuite pelvienne P importante
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinente

Conclusion :

- PVS D incontinente (jonction + tronc) alimentant des varicosités de jambe
- Fuites pelviennes bilatérales importantes, responsables de veines postérolatérales de cuisse et jambe incontinentes

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
23/03/2023

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INSE 09 81 73 53

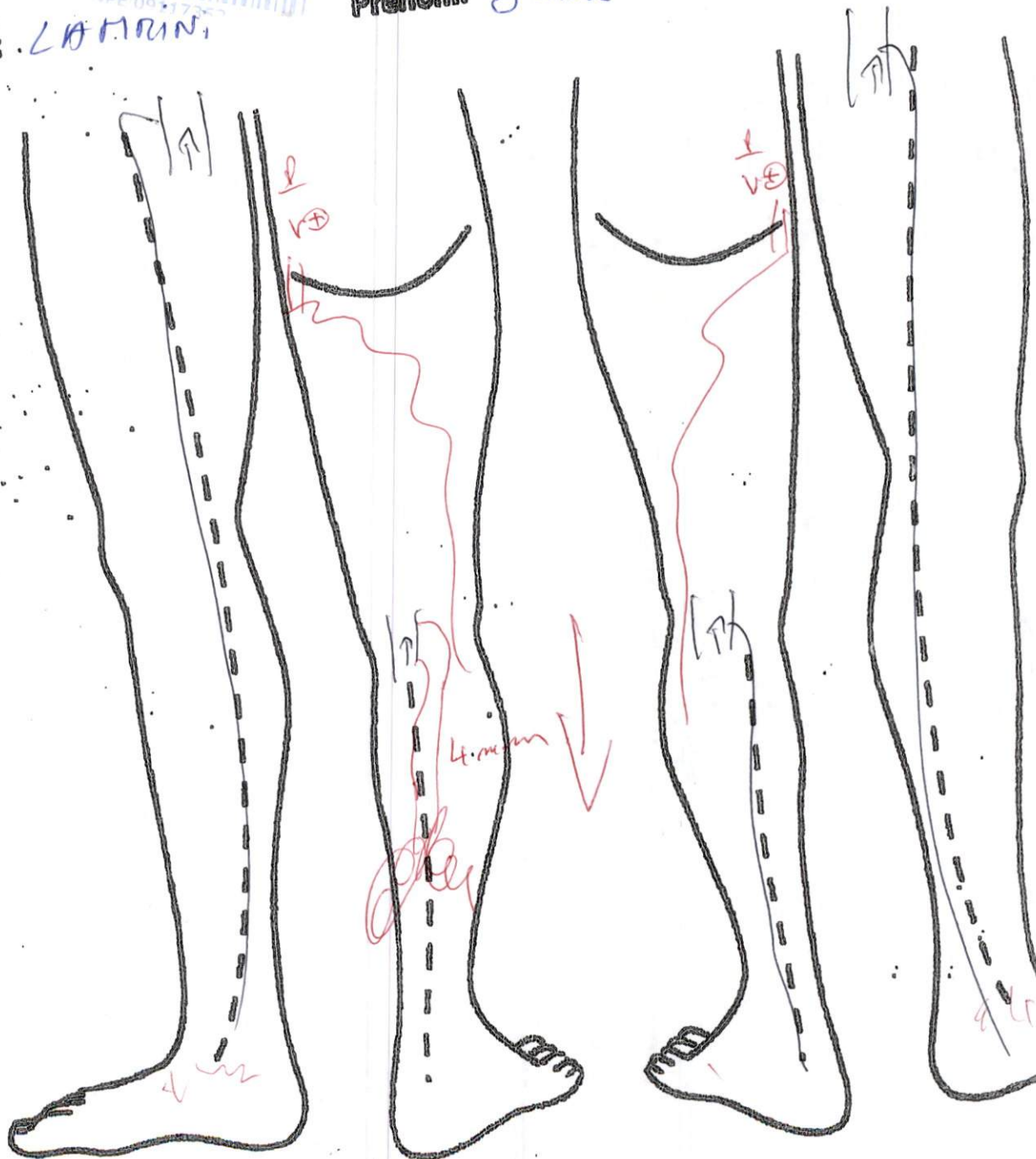
MEDECIN VASCULAIRE

CARTOGRAPHIE VEINEUSE DES MEMBRES INFERIEURS

Date: 23/2/21

Prénom: Shito

NOM: LAMRIN



--- Veine collatérale
— Varice tressaillante
↑ Flux artériel
↓ Reflux

○ Perforante
M Varice mœuse
C Sentinelle du lit
U Entrée sous la lésion
→ Charte

