

## 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 rééducation.
- 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| O 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000. Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-818793

198354

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3727 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KAMAL IDRISSI MOHAMED

Date de naissance : 01.10.1956

Adresse :

Tél : 0661159847 Total des frais : 1000,- DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr BENJELLOUN Hamza  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INPE : 091173252  
001948308000045

Date de consultation : 07.03.2024

Nom et prénom du malade : Dr Toumi Benjelloun

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

Nature de la maladie : Insuffisance Veineuse

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communier les renseignements confidentiels à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle

ACCUEIL

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11 / 3 / 2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Signature du Médecin
01/03/24	Examen	1		

*Stamp: Dr. BENJELLOUN Hamza, Cardiologue et Endocrinologue, INPE 091173232, I.C.E. 001948300000045*

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	IMP
				DIAGNOSTIC DENTAIRES
				MONTANTS DENTAIRES
				TRAITEMENT DENTAIRES
				PROTHÈSE DENTAIRES
				CHIRURGIE DENTAIRES
				ORTHODONTIE
				PARODONTOLOGIE
	O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
			(Creation, remonte, adjonction)	
				DIAGNOSTIC DENTAIRES
				MONTANTS DENTAIRES
				TRAITEMENT DENTAIRES
				PROTHÈSE DENTAIRES
				CHIRURGIE DENTAIRES
				ORTHODONTIE
				PARODONTOLOGIE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE: 07/03/24

M<sup>r</sup> TOUMI BENJELLOUN

AZIZA

Injection sclérotique  
microsclérose

**Dr BENJELLOUN Hamza**  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INPE : 09173252  
I.C.E : 001946308000045

07/03/2024

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

### INFORMATIONS PATIENT :

Nom : TOUIMI-BENJELLOUN

Prénom : AZIZA

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%

Dr H. BENJELLOUN

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

## Facture N°: 13052

Date : 07/03/2024  
Bénéficiaire : Mme Touimi-Benjelloune Aziza  
Mme TOUIMI-BENJELLOUNE AZIZA  
Tél: 0673141176/0661159847  
Email:  
Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 07/03/2024				
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 Endovascularie  
Angiologue et Phlébologue  
INPE : 091173252  
I.C.E : 001948308000045

ICE:001948308000045

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