

# 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.

## 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1530	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retrait
Nom & Prénom : MARIANE HASSAN			
Date de naissance : 15.05.1951			
Adresse : Rue de Bruxelles Rés Liné 1 Marrakech			
Tél. : 0661464641		Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin Dr. BENJELLOUN Hamza Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire Angiologue et Phlébologue INPE : 001943252 ICE : 001942308000045			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/07/2020			
Nom et prénom du malade : AMRANI Amina Age : 65			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Varices de 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'autre médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Le : 23 AOUT 2020			
Signature de l'adhérent(e) :			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

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
06.10.2020	C3		400,00	INPE : 091173252 ICE : 09194838000015111

## 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. SENJELLOU, Radiologue et Endocrinologue et Chirurgien Vasculaire et Phlébologue N°PE : 09173252 N°CE : 1948308000045	06/07/20	Echographie	11090.0

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

DR. HAMZA BENJELLOUN

CHIRURGIEN VASCULAIRE

ET ENDOVASCULAIRE / ANGIOLOGUE ET PHLÉBOLOGUE

☎ +212 5229 82844

📞 +212 6669 06090 +212 6690 11919

✉ DRHBENJELLOUN@GMAIL.COM

🌐 WWW.CENTREVASCULAIRE-CASABLANCA.COM



**CABINET VASCULAIRE**  
CASA-ANFA

Date : 06/07/2020

M — AMRANI AMINA

Echo doppler de M.F

DR BENJELLOUN Hamza  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
Télé : 061 73252  
061 54833000045

## Facture N°: 3151

Date : 06/07/2020

Bénéficiaire : Mme Amrani Amina  
Mme AMRANI AMINA

Tél: 0661-341444

Email:

Adresse:

<b>Code</b>	<b>Description</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix</b>	<b>Sous-total</b>
Visite du 06/07/2020				
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 Vascular et Endovascular  
Angiologue et Phlébologue  
INPE : 091173252  
ICE : 001948308000045

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  
06/07/2020

## ECHO-DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS

**Nom/prénom :** Mme AMRANI AMINA

**Motif de la demande :** C4S BILAT G<D

A droite :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continent (5mm) en terminale et continent en préterminale, collatérale de la GVS continent
- Fuite ganglionnaire modérée refluant dans la GVS D
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial incontinent (5mm) alimentant des varices de cuisse et jambe
- GVS jambière incontinent (3mm) alimentant des varicosités de jambe et cheville
- PVS avec jonction saphéno-poplité continent et tronc continent (3mm)
- veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinent

A gauche :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continent (6mm) en terminale et continent en préterminale, collatérale de la GVS continent
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial continent (3mm)
- GVS jambière continent (3mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplité continent et tronc continent (2mm)
- veine posterolatérale de cuisse et jambe incontinent

**Conclusion :**

- GVS D incontinent (fuite ganglionnaire et tronc) alimentant des varices de cuisse et jambe
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinent de façon bilatérale

DR. HAMZA BENJELLOUN  
Chirurgien Vasculaire Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
Centre Vasculaire Casablanca