

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 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.

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-560416

6762X

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

11460

Société :

RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KANBOU NABIL

Date de naissance :

12.03.75

Adresse :

N° 53, Rue 3, lot 70USRA, OULFA, CASA

Tél. :

0661 05 21 35

Total des frais engagés :

1590,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

15-04-21

Nom et prénom du malade :

ARINE HASNAH

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 :

CASA

Le : 16/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-560416

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 : 11460
 Nom de l'adhérent(e) : KANBOU NABIL
 Total des frais engagés : 1590,00
 Date de dépôt : 16/04/2021

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
15-04-21	C3	600 D.D.	Dr. BENUEZ Chirurgien VASCULAIRE et Endocrinologue Angiologue et Phlébologue	INPE : 091173252 CE : 001948308000013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire en tant que client	Date	Désignation des coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BENJELLOUN Hamza Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire Angiologue et Phlébologue INPE : 091173252 ICE : 001948308000045	15-04-21	Dr. BENJELLOUN Hamza Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire Angiologue et Phlébologue INPE : C-11732521100 ICE : 001948308000045	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																						
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				INP : <input type="text"/>																		
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11423553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11423553	<hr/>		B	
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11423553																					
<hr/>																						
B																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

DATE: 15-04-21

*Omar
ADMINE HASNAA*

Déchir Doppler du Dr. i.p

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 001173252
ICE : 901940008000045

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

Facture N°: 5024

Date : 15/04/2021
Bénéficiaire : Mme Amine Hasnaa
Mme AMINE HASNAA

Tél: 0661584460
Email:
Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 15/04/2021				
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
INPE : 091173252
ICE : 001948308000045

15/04/2021

ECHO-DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS

Nom/prénom : Mme AMINE HASNAA

Motif de la demande : C1S BILAT G>D

A droite :

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

A gauche :

- 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
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial continent (4mm)
- GVS jambière continent (2.5mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplité continent et tronc continent (2mm)
- Fuite pelvienne P importante alimentant des veines postérolatérales de cuisse et jambe incontinentes

Conclusion :

- Réseau saphène continent
- Fuites pelviennes bilatérales importantes témoins directs de probables varices pelviennes, responsables de veines postérolatérales de cuisse et jambe incontinentes

*Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue*

casablanca le : 15/04/2021

MME AMINE HASNAA

- 1 bas de contention classe 2
en position debout et assise seulement
- Cyclo 3 fort
1 Gélule, midi, pendant

DR. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
Souscrite le 15/04/2021
N°001728