

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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 ALQ :

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006879

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7013 Société : RAM 60520

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUGARI SAID

Date de naissance : 06/01/1964

Adresse : LES SASFA HY LAMOUNE LOT AL BOURTOKAL NR 23 CASABLANCA

Tél. : 0661 093383 Total des frais engagés : 16000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/2021

Nom et prénom du malade : EL GUARDIA Inche Age :

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

Nature de la maladie : Une lésion RUSC

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 : 18/3/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/03/2021	Infus		16200,00	

# 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 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Mme EL OUARDIA BOUCHRA  
Matricule : 07013  
Casablanca

Casablanca, le 25/02/2021

Objet : Contre Visite

Référence dossier	Bénéficiaire	Date de soins	Nature Actes / Maladie	Frais Engagés
07013	CONJOINT	15/02/2021	CARDIO	

Nous faisons suite au dossier visé en marge et vous prions de se présenter muni de votre CIN chez :

DR. LEBBAR MED  
BD 2 MARS ANGLE RUE D 'ATHENE N 1  
CASABLANCA  
TEL : 05 22.86.33.66

Aux fins d'une contre-visite en prenant rendez-vous au préalable

Prière nous retourner cette lettre dûment datée et cachetée par le médecin contrôleur.

Veuillez croire en l'assurance de nos sentiments distingués.

MUPRAS

Mohammed Fakir (ex Rue Heintz)-Quartier de l'Horloge Casablanca  
22-22-78-18 Site MUPRAS : [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

*Vu*  
*h 3.3.21*  
**Docteur Mohamed LEBBAR**  
CARDIOLOGUE  
4, Rue Tank Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux - Casa  
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 15/2/2021

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 7013 e-mail : saidbougar@gmail.com Phones : 0661093383  
Nom et Prénom de l'adhérent : BOUGARI SAID  
Nom et Prénom du bénéficiaire : EL OUARDIA BOUCHRA

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :  
Estime que l'état de santé de Mlle/Mme/M. EL OUARDIA BOUCHRA  
Nécessite le traitement des varices du membre inférieur  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)  
C557K80 N6AP + C557K80 N6AP/2  
+ Phlébectomie K30/2  
Une hospitalisation de (approximatif)  
A (préciser l'établissement hospitalier) Clinique ville verte

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Radiofréquence endoveineuse de la GUS G et PUS G  
associée à la crossectomie veineuse stripping PUS et PUS G

Cachet, date et signature du praticien

Dr. BENJELLOUN Hamza  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INP : 091173252  
ICE : 001948308000045

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



**PLI CONFIDENTIEL**

Casablanca le : 12/ 02/ 2021

Mme ELOUARDIA BOUCHRA

**RC : Varices membres inférieurs C4S G>D**

**TRAITEMENT : Traitement par radiofrequence endoveineuse de la PVS G + gvs  
G assimilé à la CROSSECTOMIE EVEINAGE STRIPPING PVS G ET GVS G A LA  
C557K80 NGAP + C557K80 NGAP /2 + PHLEBECTOMIE K30/2 +CONSOMMABLE  
RADIOFREQUENCE 6000 DHS TTC**

**+ECHODOPPLER VEINEUX M.INF DE MARQUAGE PRE OPERATOIRE**

**PRIX :22000 DHS TTC**

**Dr. BENJELLOUN Hamza**  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INPE 09117352



Dr. BENJELLOUN Hamza

Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire

Angiologue et Phlébologue

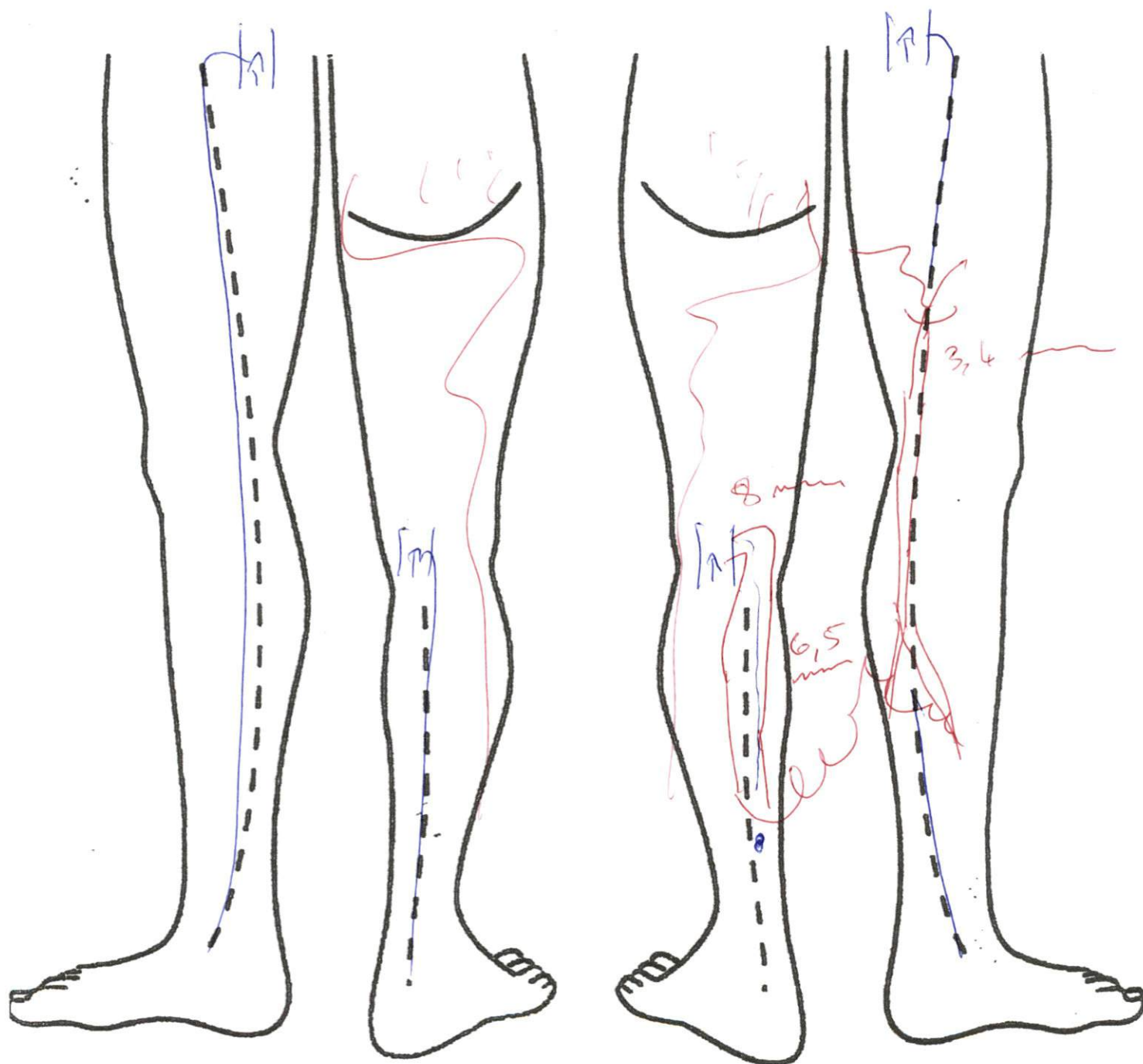
Dr

MEDECIN VASCULAIRE

CARTOGRAPHIE VEINEUSE DES MEMBRES INFERIEURS

NOM: ELOUARDIA Prénom: BOUCHRA

Date: 12/2/21



-- Veine continent

— Veine rectiligne

↑ Forc. antérieur, rare

↓ Retour

○ Perforante

M Varice sinueuse

— Serru du fascia

— Entrée sous le fascia

→ Cicatrice



# CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN  
TEL : 0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

## F A C T U R E

N° 2 107 / 2021 du 18/03/2021

Nom patient	EL OUARDIA BOUCHRA	Entrée 18/03/2021	Sortie 18/03/2021
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOFREQUENCE	1,00		16 000,00	16 000,00
			Sous-Total	16 000,00
Total Frais Clinique				16 000,00

	Total général 16 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : SEIZE MILLE DIRHAMS	

Encaissements		Chèque 16 000,00			Total encaissé 16 000,00	Solde 0,00
---------------	--	---------------------	--	--	-----------------------------	---------------

Ref Chq : attwb n° 0804185/CVV/

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town, Ville Vert Bouskoura 20180 - Casablanca  
Boulevard de l'Indépendance  
Tel: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57



**CLINIQUE VILLE VERTE****EL SAN****TEL : 0522 51 23 23****TEL : 0667 57 57 57****E-MAIL : contact@cvv.ma****CASABLANCA****BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>EL OUARDIA BOUCHRA</b>		
Chambre : <b>LIT.04</b>		
Médecin traitant	<b>BENJELLOUN HAMZA</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>18/03/2021</b>	
Date sortie	<b>18/03/2021</b>	<b>12:11</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : <b>NAIMA</b> 18/03/2021      12:09      210318091254A.-001		

**CLINIQUE VILLE VERTE**  
Casa Grenia Bouskoura Casablanca  
Tel: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57



## COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et prénom du patient(e) : EL OUARDIA BOUCHRA  
Opérateur : Dr BENJELLOUN HAMZA  
Date d'intervention : 18/03/2021

### STRIPPING PVS G à la Radiofréquence.

- D.V
- Champage membre inferieure GAUCHE
- Intro 7 F + sonde radiofrequence à 2 cm JSP G
- AL par tumescence
- Ablation PVS G à la radiofréquence s/s A L par tumescence + sédation.
- Retrait materiel
- Pansement.

Dr H.Benjelloun

Dr. BENJELLOUN Hamza  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue

