

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.

N° W21-674147

150303

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 3727		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RAMAL DRISSI MOHAMED			
Date de naissance : 01.10.1976			
Adresse : Bd Ibn Sina App 148 Dar El Za			
Tél. 0661159847 Total des frais engagés : 1500,- Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07/02/2023			
Nom et prénom du malade : Mme Touimi Benjelloun Aziza			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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, 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/02/2023

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
07.02.13	3		400,00	INP : 00117152172 Dr. BENJ Chirurgien Vasculaire Angiologue INPE : 00467332 00045

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BENJAMIN Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire Angiologue et Endocrinologue ICE : 001-0911-3252 NPE : 001-0911-3252 ICE : 001-0911-3252 NPE : 001-0911-3252	07.02.23	Elue	100,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

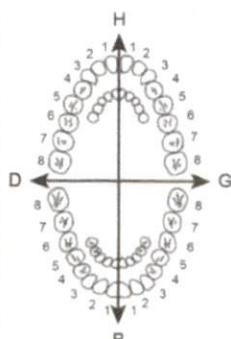
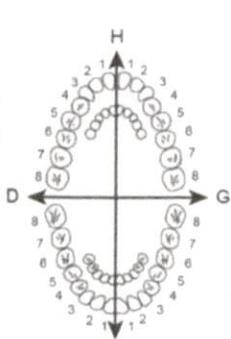
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION															
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	00000000	00000000		D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
G																			
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION															

DATE: *07/02/2023*

Mme Toumi BENJELLOUN AZIZA

Echodoppler des membres

*Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlebologue
INPE : 091173252
ICE : 001948303000045*

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

Facture N°: 9675

Date : 07/02/2023

Bénéficiaire : Mme Touimi-Benjelloune Aziza
Mme TOUIMI-BENJELLOUNE AZIZA

Tél: 0673141176

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 07/02/2023				
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

07/02/2023

ECHO-DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS

Nom/prénom : Mme TOUIMI-BENJELLOUNE AZIZA

Motif de la demande : C2S BILAT G>D

A droite :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continentale (6.5mm) en terminale et incontinentale en préterminale, collatérale de la GVS continentale
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial incontinent (6mm) alimentant des varices de cuisse et jambe, perforante de DODD incontinent (5mm)
- GVS jambière continentale (3mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplité continentale et tronc continent (3mm)
- Fuite pelvienne P importante
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinent

A gauche :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS incontinent (20-13.5mm) en terminale et incontinentale en préterminale, collatérale de la GVS incontinent
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial incontinent (8.5mm) alimentant des varices de jambe
- GVS jambière continentale (3mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplité continentale et tronc continent (3.5mm)
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinent

Conclusion :

- VSA D ET GVS D et GVS G incontinentes (jonction et tronc) alimentant des varices de cuisse et jambe
- Fuite pelvienne droite, symptomatologie pelvienne faisant suspecter des varices pelviennes.

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
TNPE 00117757