

# 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 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-674147

150303

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 3727 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAMAL HASSI MOHAMED

Date de naissance : 01.10.1956

Adresse : B3 Ibn Sina Appt 148 Dial 7A

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 : M<sup>r</sup> Toumi Benjelloun Aziza

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

Nature de la maladie : Insuffisance rénale

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 : 20 / 2 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/02/23	Echographie	100,00

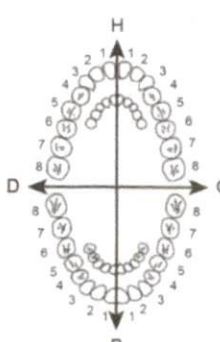
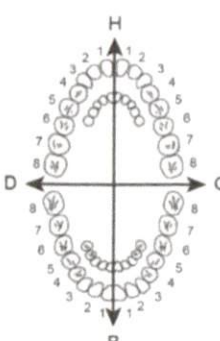
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**CABINET  
VASCULAIRE**

*Dr H. Benjelloun*

**DR. HAMZA BENJELLOUN**

CHIRURGIEN VASCULAIRE  
ET ENDOVASCULAIRE / ANGIOLOGUE  
ET PHLEBOLOGUE

☎ +212 5229 82844

☎ +212 6690 11919 +212 6669 06090

✉ DRHBENJELLOUN@GMAIL.COM

🌐 WWW.VARICESCASABLANCA.MA

DATE:

07/02/2023

ME TOUMI BENJELLOUN AZZA

Echodoppler des m.s.g

~~DR. BENJELLOUN Hamza~~  
~~Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire~~  
~~Angiologue et Phlébologue~~  
INPE : 091173252  
ICE : 001948308000045

## 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 INFERIEURS**

**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 continente (6.5mm) en terminale et incontinente en préterminale, collatérale de la GVS continente
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial incontinent (6mm) alimentant des varices de cuisse et jambe, perforante de DODD incontinente (5mm)
- GVS jambière continente (3mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplitée continente et tronc continent (3mm)
- Fuite pelvienne P importante
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinente

**A gauche :**

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

**Conclusion :**

- VSAD 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 09117252