

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

ASURAN

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3727	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KARIM IDRISSI MOHAMMED			
Date de naissance : 01.10.1956			
Adresse : Bd Ibn Sina 448 148 Deltan CASA			
Tél. : 066159847	Total des frais engagés : 1000 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

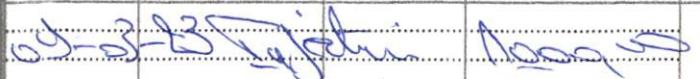
Cadre réservé au Médecin	
DR BENJELLOUN hamza Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire Angiologue et Phlébologue	
Cachet du médecin :	INPE : 091173252 ICE : 001948308000045
Date de consultation :	09-05-03
Nom et prénom du malade :	Toufiq - Benjelloun Hamza
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Le malade souffre d'artériopathie
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 : 20.05.2023 CASA

Signature de l'adhérent

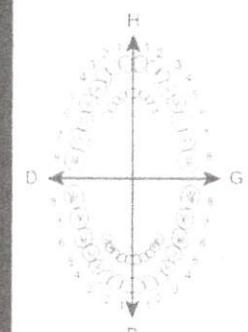
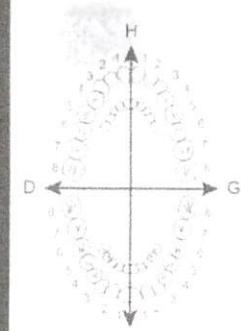
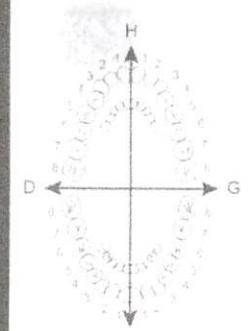
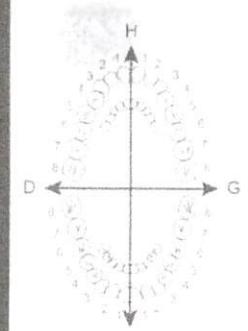
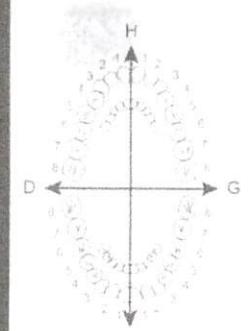
VOLET ADHÉRENT

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
04-03-2011	Visite			 Dr. BENMELLOUN Hamza <i>Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire</i> <i>Angiologue et Radiologue</i> INPE : 0911, ICE : 00194826

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

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.				
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession				
MONTANTS DES SOINS 				
DATE DU DEVIS 				
DATE DE L'EXECUTION 				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE 09-03-23.

Dr HAMZA BENJELLOUN
Angiologue et Phlébologue
Sujet à une sclerotherapie
en collaboration.

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 091173252
ICE : 091173252000045

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°: 9930

Date : 09/03/2023

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

Tél: 0673141176

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 09/03/2023				
MS	microsclérose	1	1 000,00	1 000,00
Total				1 000,00

Arrêté le présent document à la somme de :
mille dirham(s)

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
ICE INPE 0013 000000045

ICE:001948308000045

Dr BENJELLOUN HAMZA-I.F n°20788654 -Patente n° 34394108 -CNSS n°5926673

09/03/2023

COMPTE RENDU OPERATOIRE

INFORMATIONS PATIENT :

Nom : TOUIMI-BENJELLOUNE

Prénom : AZIZA

Chirurgien : Dr. H. BENJELLOUN

Acte : Ablation chimique des varicosités de cuisses et jambes

CRO :

- DD et DV
- Séance microsclérose : Sclérose des varices attenantes à la mousse Aetoxisclérol 0.5%

Dr. H. BENJELLOUN

*Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 091173252
ICE : 0019482087000*