

# 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.

**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

M22- 0048727

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8861 Société : kam  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BAZAZ LOUBNA AS8552  
Date de naissance : 22-04-1969  
Adresse : 36 hor Belle vue Bd du Marabout  
Tél. : 0662649186 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : CHIRURGIEN VASCULAIRE  
Tél : 05 22 29 26 85  
INPE: 091168583 - Pat: 3471584  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age:  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
30.1.23	Cyberbole		Dr LASRY BENITO-GABRIEL CHIRURGIEN VASCULAIRE Tél : 05 22 29 26 85 INPE: 091168583 - Pat: 34715840	


# 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
	30/01/23	Dr LASRY BENITO-GABRIEL CHIRURGIEN VASCULAIRE Tél : 05 22 29 26 85 INPE: 091168583 - Pat: 34715840	200 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

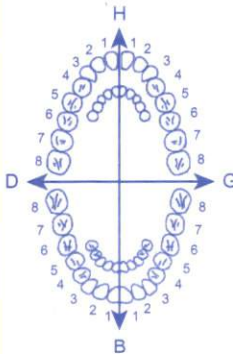
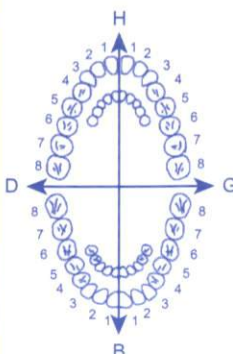
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				CCEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Gabriel LASRY

CHIRURGIEN VASCULAIRE

Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la faculté de Paris  
Membre de la Société de Pathologie Vasculaire  
Membre de la Société Française de Phlébologie

Mr BAZAZ

Leubus

30 - 123

Doppler Echo repérage STJ  
SEJ

Dr LASRY BENITO-GABRIEL  
CHIRURGIEN VASCULAIRE  
Tél : 05 22 29 26 85  
INPE: 091168583 - Pat: 34715840



VENOUS  
Center

Tél : 0520 36 55 66 / 0522 29 26 85 / 0664 05 03 79 - Email : gabriellasry2017@gmail.com  
Adresse : Bd Anfa - Angle Rue Mozart - Résidence Le Petit Paradis - 3ème étage droite - App 12

[www.venous-center.com](http://www.venous-center.com)

# Docteur Gabriël LASRY

CHIRURGIEN VASCULAIRE

Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la faculté de Paris  
Membre de la Société de Pathologie Vasculaire  
Membre de la Société Française de Phlébologie

Note d'Honoraire

de M<sup>le</sup> BAZAZ Louisa

du 30.1.2023

mille deux cent DH

Dr LASRY BENITO-GABRIEL  
CHIRURGIEN VASCULAIRE  
Tél : 05 22 29 26 85  
INPE: 091168583 - Pat: 34715840

Dr LASRY BENITO-GABRIEL  
CHIRURGIEN VASCULAIRE  
Tél : 05 22 29 26 85  
INPE: 091168583 - Pat: 34715840



VENOUS  
Center

Tél : 0520 36 55 66 / 0522 29 26 85 / 0664 05 03 79 - Email : gabriellasry2017@gmail.com  
Adresse : Bd Anfa - Angle Rue Mozart - Résidence Le Petit Paradis - 3ème étage droite - App 12

[www.venous-center.com](http://www.venous-center.com)

Casablanca , le 30/01/2023

**COMPTE RENDU DE : Mme Bazaz Loubna**

**Echo Doppler de repérage**

1- Au niveau saphène interne gauche :

- Marquage crosse saphène interne gauche incontinente
- Du tronc de la saphène interne gauche incontinente
- saphène Externe gauche à respecter

1- Au niveau saphène externe droite :

- Crosse continente
- continence de la saphène externe droite

Médecin Radiologue

**Dr LASRY BENITO-GABRIEL**  
**CHIRURGIEN VASCULAIRE**  
237, Bd Zerktouni - Casablanca  
Tél: 0522 29 26 85  
INPE: 091168588 - Pat: 54715840