

## 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.

### 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-781286

187952

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12293

Société : RAT

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Nemissi Jawad

Date de naissance : 24-02-1981

Adresse : Tab 21B n°6 Bouskoura Golf City

Bouskoura, Cas

Tél. : 0640800999

Total des frais engagés : 1609,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 22/09/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 22 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22-08-83        |                   |                       | 400,00                          | Dr. BENJELLOUN HANZA<br>Chirurgien Vasculaire et Endo-angiologue<br>INPE : 091173262<br>ICE : 001948308000045 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

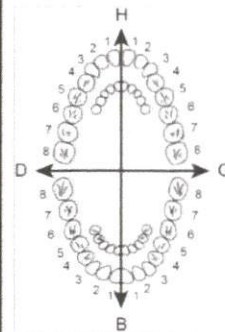
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. BENJELLOUN HANZA<br>Chirurgien Vasculaire et Endo-angiologue<br>INPE : 091173262<br>ICE : 001948308000045 | 22-08-83 |                              | 1100,00                |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

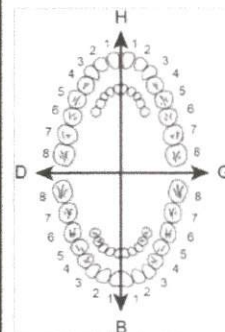
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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 :

20-09-23.

Dr. T. TABOUB KAWTAR

Echo Doppler art. - p

**Dr. BENJELLOUN Hamza**  
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
Angiologue et Phlébologue  
INAE : 091173352  
ICE : 001948308000045

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

## Facture N°: 11573

Date : 22/09/2023  
Bénéficiaire : Mme Magouh Kawtar  
Mme MAGOUH KAWTAR  
Tél: 0669097056  
Email:  
Adresse:

| Code                 | Description           | Quantité | Prix     | Sous-total |
|----------------------|-----------------------|----------|----------|------------|
| Visite du 22/09/2023 |                       |          |          |            |
| 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

ICE:001948308000045



22/09/2023

**ECHO-DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS**

**Nom/prénom :** Mme MAGOUH KAWTAR

**Motif de la demande :** C1A BILAT G>D

**A droite :**

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continente (4mm) en terminale et continente en préterminale, collatérale de la GVS continente
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial continent (4mm)
- GVS jambière continente (2.5mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplitée continente et tronc continent (2mm)
- Fuite pelvienne P importante alimentant des veines postérolatérales de cuisse et jambe incontinente

**A gauche :**

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continente (5mm) en terminale et continente en préterminale, collatérale de la GVS continente
- Tronc de la GVS cuisse intrafacial continent (4mm)
- GVS jambière continente (2.5mm)
- PVS avec jonction saphéno-poplitée continente et tronc continent (2mm)
- Fuite pelvienne P importante alimentant des veines postérolatérales de cuisse et jambe incontinentes

**Conclusion :**

- Réseau saphène continent
- Fuites pelviennes bilatérales importantes témoins indirects de probables varices pelviennes, responsables de veines postérolatérales de cuisse et jambe incontinentes

  
Dr. BENJELLOUN Hamza  
Chirurgien Vasculaire et Endovascular  
Angiologue - Phlébologue  
09 11 73 25 25

Dr. BENJELLOUN Hamza  
 Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire  
 Phlébologue  
 0773252

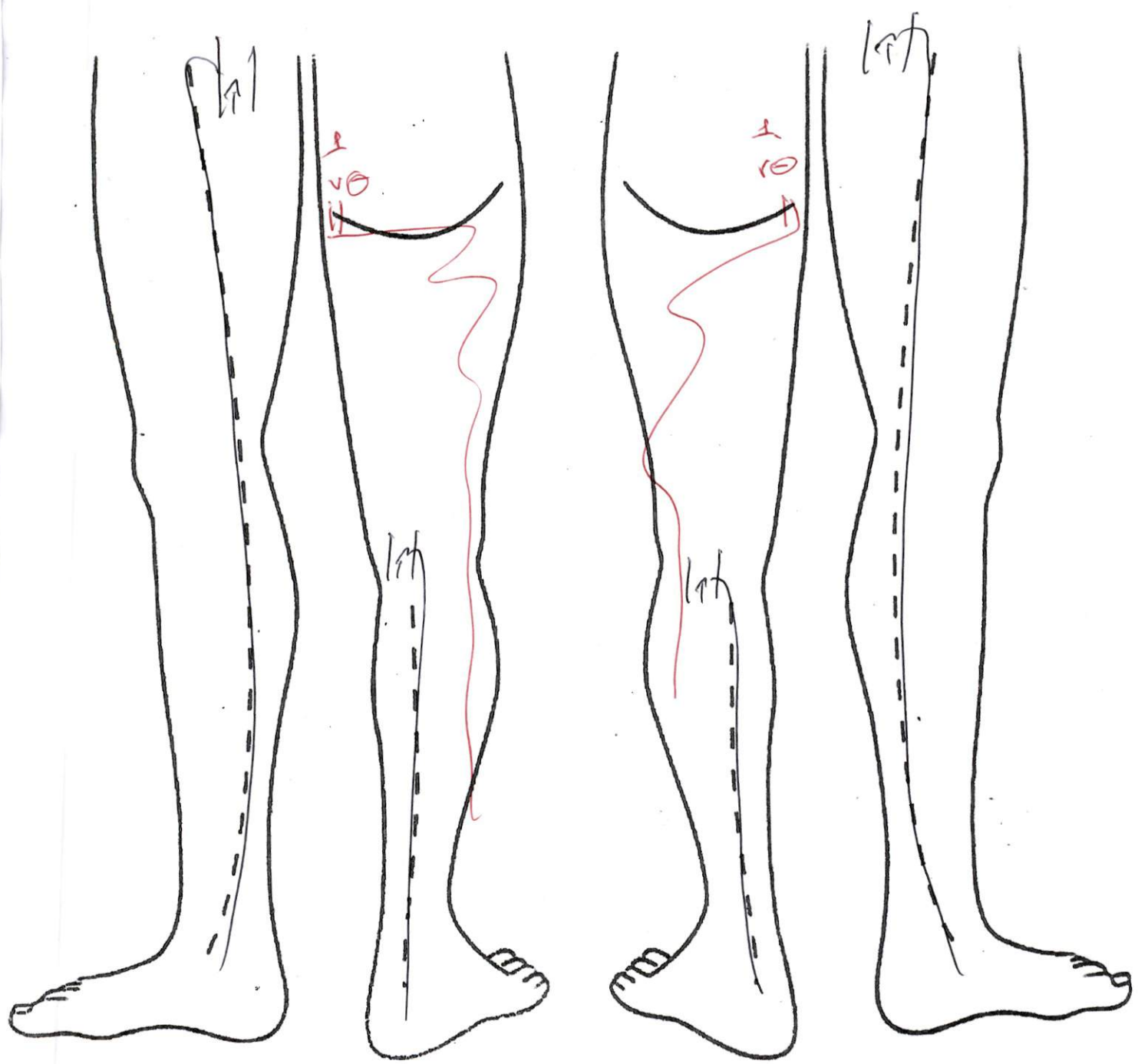
MEDECIN VASCULAIRE

CARTOGRAPHIE VEINEUSE DES MEMBRES INFERIEURS

NOM : MAGOULI

Prénom: KAWTAR

Date: 22/9/23



- |     |                   |   |                       |
|-----|-------------------|---|-----------------------|
| --- | Veine collatérale | ○ | Perforante            |
| --- | Varice rectiligne | M | Varice sinueuse       |
| ↑   | Flux antérograde  | U | Sortie du fascia      |
| ↓   | Reflex            | C | Entrée sous le fascia |
|     |                   | → | Cicatrice             |

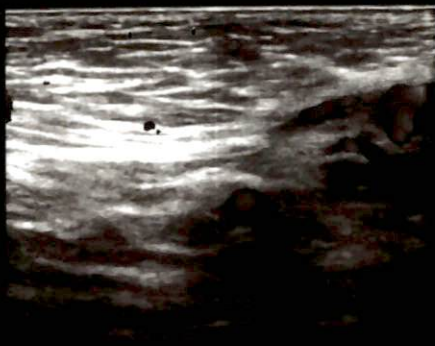


CENTRE VASCULAIRE CASA A MAGUIH KAWTAR  
22/09/23 11:26:49 ADM 000923 111443

MI 1.1 TH 0.1 1.4 121

1 EV

FUITE PELVIENNE P D



11