

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

M22- N° 004435

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHRACH Fatima
Date de naissance : 06/02/50
Adresse : Bd des Clubs R^e A6 App^t 7
Anfa Park - Casablanca
Tél. : 0661267345 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 18 Mars 2021
Nom et prénom du malade : LAHRACH Fatima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Intérêt
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
18 MARS 2024	S		400,-	Dr BENJELLOUN Hajma Chirurgien Vasculaire et Endovascular Angiologue et Phlébologue INPE : 091173152 I.C.E : 001948308000045

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

18 MARS 2024 Echo 1100,-

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

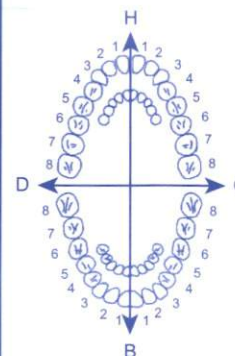
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS


DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

casablanca le : 18/03/2024

MME LAHRACH FATIHA

 **bas de contention classe 2**
en position debout et assise seulement

- **DAFLON 1000 MG**
1 Comprimé, matin, pendant 1 mois

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

*Don accord pour
les mibas - svp.
Merci -*

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

Facture N°: 13134

Date : 18/03/2024
Bénéficiaire : Mme Lahrach Fatiha
Mme LAHRACH FATIHA
Tél: 0661267345
Email:
Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 18/03/2024				
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 09173252
I.C.E : 001948308000045

DATE :

18 MARS 2024

A l'attention Cabinet

Dr. Zaffar Ali

Dr BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 09173252
I.C.E : 00194838000045

ECHO-DOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS

Nom/prénom : Mme LAHRACH FATIHA

Motif de la demande : C1S BILAT

A droite :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continente (6mm) 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)
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinente

A gauche :

- Réseaux veineux profond et superficiel sans thrombose, réseaux veineux profond continent
- Jonction saphénofémorale de GVS continente (7mm) 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)
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinente

Conclusion :

- Réseau saphène continent
- Veine postérolatérale de cuisse et jambe incontinente de façon bilatérale
- Pas d'OMI

Dr BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INTE : 091173252

PLI CONFIDENTIEL

Casablanca le : 18/ 03 / 2024

Mme LAHRACH FATIHA

RC : Varices membres inférieurs C1S bilatérales

**TRAITEMENT : 3 Séances sclérothérapies N118K5 NGAP facturées à 1000 dhs
TTC la séance**

PRIX TOTALE : 3000 DHS TTC

Dr BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovascularaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 091173252

*Pour accord SVP
Merci*