

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 - Gâma Elâa Anâle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon



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

Déclaration de Maladie

N° W19-571258

17 NOV. 2020

47896

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8216 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOULHIR Khalil

Date de naissance : 09/01/65

Adresse : 262 Nawrass

Dan Barazza Casa

Tél. : 0661251206 Total des frais engagés : 1300 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/20

Nom et prénom du malade : M. Boulhir Amel Age :

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

Nature de la maladie : Syphilis

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels à l'attestation du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
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
23.10.10	Cours de		300.000/1	INP: 05123296
	Enseignement			
	de la			
	de la			
			100.000/1	

Dr Oumnia BENKIRANE
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
Patente: 3571245 - I.F: 40700181
ICE: 001745629900026
001823795 - Tel: 0537 94 38 37 / 96

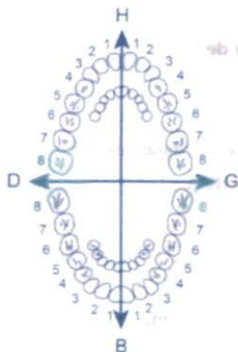
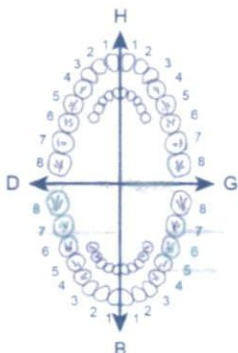
[illegible][illegible][illegible]

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

مركز تشخيص وعلاج الأوعية والأوردة والدوالي
CENTRE d'EXPLORATION VASCULAIRES

Dr. oumnia BENKIRANE

Diplômée de la faculté de
Médecine de Limoges
Angiologue - Phlébologue
Maladies des Artères - Veines
Lymphatique
Traitement des varices

الدكتورة أمينة بنكيران

حائزة على دبلوم بكلية
الطب بليموج
طبيبة متخصصة في الشرايين،
الأوعية اللمفاوية، الدوالي،
وعلاج الدوالي الوريدية

le 23.10.14

N° Bouliv Aud

Dolip 1000

M'

Naf M'

Li'

Résidence Kheir 237,
angle Bd. Zerkouni
et Bd d'Anfa Casablanca
SECRETARIAT & PRISE DE
RENDEZ-VOUS
Tél.: 05 22 94 38 96
05 22 94 38 97
07 07 73 73 13

INPE 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96
ICE: 001745029000026
Potente 35712445 - I.F. 10700181
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
Dr OUMNIA BENKIRANE

إقامة الخير شارع الزرقطوني 237
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 94 38 96
05 22 94 38 97
07 07 73 73 13

Site web: www.centrevrises.com
Email: Benkirane.oumnia@gmail.com

مركز تشخيص وعلاج الأوعية والأوردة والدوالي
CENTRE d'EXPLORATION VASCULAIRES

Dr. oumnia BENKIRANE

Diplômée de la faculté de
Médecine de Limoges

Angiologue - Phlébologue

Maladies des Artères - Veines

Lymphatique

Traitement des varices

الدكتورة أمينة بنكيران

حائزة على دبلوم بكلية

الطب بليموج

طبيبة متخصصة في الشرايين،

الأوعية اللمفاوية، الدوالي،

وعلاج الدوالي الوريدية

Casablanca LE 23/10/2020

FACTURE

Nom Et prénom du patient : MME BOULHIR AMAL

*Nous vous prions d'accepter l'expression de nos
sentiments distingués et de recevoir
suivant l'usage la note d'honoraires pour les*

CONSULTATION

300.00DHS

ECHODOPPLER VEINEUX DES MI 1000.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme 1300.00dhs

MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Résidence Kheir 237,
angle Bd. Zerktouni
et Bd d'Anfa Casablanca
SECRETARIAT & PRISE DE
RENDEZ-VOUS
Tél.: 05 22 94 38 96
05 22 94 38 97
07 07 73 73 13

Dr Oumnia BENKIRANE
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
Tél 0522 94 38 97 - 0522 94 38 96
Patente. 35712445
CE 001745629000026
F 40700181

إقامة الخير شارع الزرقطوني 237
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 94 38 96

05 22 94 38 97

07 07 73 73 13

Site web: www.centrevarices.com
Email: Benkirane.oumnia@gmail.com

CABINET D'EXPLORATIONS VASCULAIRES

Dr. Oumnia BENKIRANE

Angiologue et phlébologue

Diplômée de la Faculté de Médecine de Limoges

NOM & PRENOM : MME BOULHIR AMAL
DATE D'EXAMEN : 23/10/2020
MOTIF DE CONSULTATION : Insuffisance veineuse

ECHODOPPLER VEINEUX **DES MEMBRES INFERIEURS**

ECHOGRAPHIE VEINEUSE DES MEMBRES INFERIEURS ET DOPPLER PULSE A CODAGE COULEUR.

L'examen est réalisé en décubitus dorsal puis en position assise et en orthostatique.

VEINES PROFONDES

Veines fémorales communes, fémorales superficielles, poplitées, jumelles et surales normalement perçues, facilement compressibles et dilatables, sans reflux décelable à droite comme à gauche.

Absence de phlébite Evolutive ou de séquelles de phlébite.

Absence d'insuffisance veineuse profonde.

VEINES SUPERFICIELLES

A DROITE

Présence une collatérale suspendue de la saphène interne a sa partie inférieure de la cuisse mesurant 3.5 mm alimentant un paquet variqueux important

Présence une collatérale suspendue de la saphène postérieure jambière 6.5 mm

Présence deux collatérales suspendue de la saphène postérieure fémorale.

Présence une collatérale suspendue de la saphène externe a sa partie supérieure

A GAUCHE

Présence une collatérale suspendue de la saphène interne a sa partie moyenne de la cuisse mesurant 4.6 mm alimentant un paquet variqueux important

Présence une collatérale suspendue de la saphène interne a sa partie inférieure de la cuisse mesurant 5 mm alimentant un paquet variqueux important

Présence deux collatérale suspendue de la saphène antérieure jambière mesurant 3.5 mm

CONCLUSION

Indication a des séances de sclérose en mousse.

Dr Oumnia BENKIRANE
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
Tél 0522 94 38 97 - 0522 94 38 96
Patente: 35712445
ICE 001/45629000026
F 40700181