

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.

N° W19-556557

N D : 49370

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01696			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ASSIL			
Date de naissance : 01-07-1976			
Adresse : OULFA lot ESCAFIA N° 44 CDA			
Tél. : 0661693366 Total des frais engagés : 13.00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 01/09/2020			
Nom et prénom du malade : NE Maâliha Nafika Age: 38			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Hypertension artérielle			
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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) :
Le : 01/09/2020

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
01/09/82	Sanglante	30 x 0,11	3,30	INP : 1091011596
11/09/82	Etymus	1 x 0,11	0,11	
12/09/82	Urine	1 x 0,11	0,11	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		ICE: 00112445 - IF: 000181 PE: 091023620000028 PA: 052294389792

ANALYSES - RADIGRAPHIES

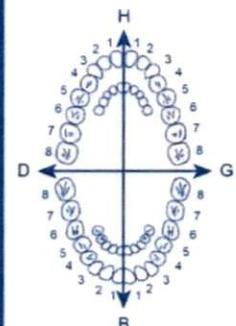
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

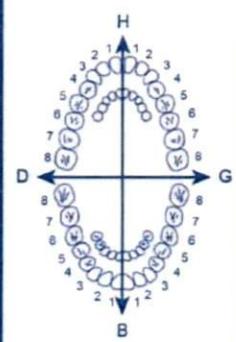
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

المركز التشخيصي وعلاج الأوعية والأوردة والدولي CENTRE d'Exploration VASCULAIRES

Dr. Ounnia BENKIRANE

Diplômée de la faculté de
Médecine de Limoges

Angiologue - Phlébologue
Maladies des Artères - Veines
Lymphatique
Traitement des varices

Casablanca LE 01/09/2020

الدكتورة أمينة بنكريان
نالة على دبلوم بكلية
الطبي بليموج
طبي متخصصة في الشرايين،
الأوعية الدموية، الدولي،
وعلاج المرضي الوريدي

FACTURE

Nom Et prénom du patient : MME NAHILA MALIKA

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

CONSULTATION

300.00 DHS

ECHODOPPLER VEINEUX DES MI 1000.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme 1300.00dhs

MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

INPE: 09102398 - TEL: 0522 943897 / 96
ICP: 001 / 45629000026
Paiement: 3571245 - 1/F: 40700181
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
DR Ounnia BENKIRANE

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

إقامة في شارع الرقطوني 237
دائرة رور الراسين الدار البيضاء
الماتف 05 22 94 38 96
05 22 94 38 97
07 07 73 73 13

Dr. Oumnia BENKIRANE

Angiologue et phlébologue

Diplômée de la Faculté de Médecine de Limoges

NOM & PRENOM : MME NAHILA MALIKA

DATE D'EXAMEN : 01/09/2020

MOTIF DE CONSULTATION : Insuffisance veineuse

ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS

ECHOGRAPHIE VEINEUSE DES MEMBRES INFÉRIEURS 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.

VEINES SUPERFICIELLES

A DROITE

La crosse de la veine saphène EXTERNE mesurant 14 mm, à l'origine d'un reflux minime mis en Evidence par la manœuvre de VALSALVA et en Doppler Couleur, la crosse est incontinent.

Incontinence ostiale et tronculaire de la saphène externe

Présence deux communicante entre la saphène interne jambière et la saphène externe

A GAUCHE

La crosse de la veine saphène interne mesurant 14 mm, à l'origine d'un reflux important mis en Evidence par la manœuvre de VALSALVA et en Doppler Couleur, la crosse est incontinent.

Incontinence de la saphène interne au niveau de la cuisse

Incontinence de la saphène interne au niveau de la jambe

Incontinence des perforantes de BOYD mesurant 5 mm

Incontinence de la saphène antérieure jambière

Incontinence de la saphène postérieure jambière.

DR Oumnia BENKIRANE
ANGIOLOGUE / PHLEBOLOGUE
Paiement: 35/12445 - I.F. 40700181
INPE: 091023795 - Tél: 0522 943897/96