

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

**Biologie 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.

**Éducation :**

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

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**

N° M21- 0020576

82593 *[Signature]*

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2291 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : *UMAFI Khalid*  
 Date de naissance : 09/09/57  
 Adresse : 28 AL ASSIL MOHAMMEDIA  
 Tél. : 0668407177 Total des frais engagés : 1320 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : *Pour complément*  
 Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : *MOHAMMEDIA* Le : 02/09/21  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*





تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

# Décompte de Remboursement Maladie-Maternité.

AFF : / -

CONTRACTANTE : LESIEUR  
NOM DE L'ASSURE EL KHALFI FATIHA  
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA  
DECLARATION N° : 20296826

/ 867044/

CONTRAT N°9106 60 / 357000  
CERTIFICAT N°2185878 MATRICULE 343  
DATE DE LA DECLARATION : 31/03/2021  
DATE DE REMBOURSEMENT 22/04/2021

/ 80637

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
9	Pratique medicale courante	1300.00		1300.00		80%	1040.00
15	Pharmacie	20.00		20.00		80%	16.00
<b>TOTAUX</b>		1320.00		1320.00			1056.00
<b>OBSERVATIONS :</b>							

\* La notation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

\*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.

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 31/03/2021

**FACTURE**

Nom Et prénom du patient : MME EL KHALFI FATIHA

*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 1300.00

**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

ICE 001745529000026  
PAYSAN 15712445  
TEL 0522 94 38 96  
D'OUUMNIA BENKIRANE  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE

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](http://www.centrevarices.com)  
Email: [Benkirane.oumnia@gmail.com](mailto: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 EL KHALFI FATIHA  
DATE D'EXAMEN : 31/03/2021  
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 d'insuffisance veineuse profonde.

#### **VEINES SUPERFICIELLES**

##### **A DROITE**

Présence une collatérale suspendue de la saphène interne a sa partie moyenne de la cuisse mesurant 2 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène interne a sa partie inférieure de la cuisse mesurant 2.5 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène antérieure jambière mesurant 2.7 mm

Présence deux collatérales suspendue de la saphène postérieure fémorale

##### **A GAUCHE**

Présence une collatérale suspendue de la saphène interne a sa partie moyenne de la cuisse mesurant 2 mm

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

Présence deux collatérales suspendue de la saphène postérieure fémorale a la face externe mesurant 2 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène externe a sa partie supérieure mesurant 3 mm

Présence une phlébite sur la perforante péronière .

#### **CONCLUSION**

Indication a des séances de sclérose.

Dr Oumnia BENKIRANE  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
18/03/2021 15:22:33  
PATIENT: EL KHALFI FATIHA  
ICE 307862900026  
F 40700181

