

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : edhesion@mupras.com

Le 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal 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° W21-646816

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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.

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) :

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
11-91	Consult		3500.00	<p>INPE: 091023796 - Tél: 35712445 - F: 40701</p> <p>PHLEBOLOGIE HENKIR</p> <p>ICE: 007745629002</p>
2-92	Fiché biph		10000.00	

ANGLO-INDIAN
 DNR: 35712445
 PHLEBOLOGUE
 HENKIRANE
 35712445-1F: 40700181
 ICE: 0017456290080026
 INPE: 091023796- Tel: 7522943897/96
 CES

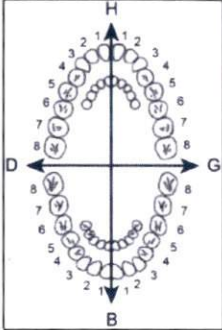
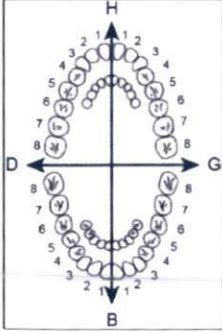
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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>20033412</td> <td>21483002</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>30033411</td> <td>11483003</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		20033412	21483002	00000000	00000000	G		00000000	00000000	30033411	11483003	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	20033412	21483002																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	30033411	11483003																
	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 PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET GAGNET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVER**VERA ET GACHET DU PRATISEN ATTESTANT L'EXECUTION**

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 17/02/2022

FACTURE

Nom Et prénom du patient MME KERMOUDI LAILA

*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 1000.00DH

Arrêté la présente facture à la somme 1300.00

MILLE TROIS CENT DIRHAMS

Résidence Kheir 237,
angle Bd. Zerktouni
et Bd d'Anfa Casablanca
SECRETIARIAT & 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
Patente: 35712445 - I.F: 40700181
ICE: 001745629000026
INPE: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

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 KERMOUDI LAILA
DATE D'EXAMEN : 17/02/2022
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.

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 à sa partie supérieure de la cuisse mesurant 2.5 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène interne à sa partie inférieure de la cuisse mesurant 5.5 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène antérieure jambière mesurant 2.5 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène postérieure fémorale à la face externe mesurant 4 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène externe à sa partie supérieure.

A GAUCHE

Présence une branche issue de la saphène postérieure fémorale mesurant 2.5 mm.

Présence deux collatérales suspendue de la saphène interne à sa partie supérieure de la cuisse mesurant 2.5 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène interne jambière mesurant 2.3 mm alimentant un paquet variqueux important

Présence une collatérale suspendue de la saphène postérieure jambière mesurant 3 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène externe à sa partie supérieure mesurant 2.7 mm

CONCLUSION

Indication à des séances de sclérose.

Dr Oumnia BENKIRANE

ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE

Patente: 35712445 - I.F: 40700181

ICE: 001745629000026

IMDC: 001073706 TEL: 0531 04 20 07 / 06