

## 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 canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du 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 canalaire.

### 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 Alai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fekr et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-646816

M/S 32

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 07758		Société : Rotaract	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KERMOUDI Laïla
Nom & Prénom : KERMOUDI Laïla		Date de naissance : 03/03/1963	
Adresse : Les Jardins de l'Océan V6 DAR BOUAZZA CASABLANCA		Tél. : 0661214142 Total des frais engagés : # 1300 Dhs	
Cadre réservé au Médecin : Dr. OMNIA BENKIRANE ANGIOLOGUE RADILOGUE Patente: 35712445 - F: 40700181 CE: 001745629000026 INPL: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96			
Cachet du médecin :		Date de consultation : 17/03/2022	
Nom et prénom du malade : KERMOUDI Laïla		Age : 59	
Lien de parenté : Fille		<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Insuffisance cardiaque		<input type="checkbox"/> Enfant	
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 : 07/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/03/2022

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/09/2011	Consultation	13500,00		INP : 111111111111 S. M. KIRANE, PHLEBOLOGUE Télé: 0322943897/96 ICE: 001745629000026 INPE: 091023796
8/2/2012	Consultation	13500,00		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

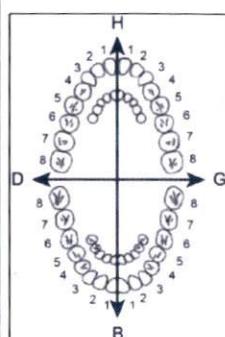
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

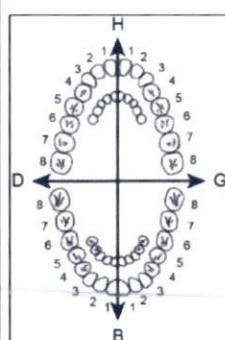
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
-----------------	----------------	------------------	-------------	-------



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	214333333
D	000000000
D	000000000
B	114333333

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# مركز تشخيص وعلاج الأوعية والأوردة والدولي. 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

حاصلة على دبلوم بكلية  
الطب بليموج  
طبية 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. 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

Dr Oumnia BENKIRANE  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Patente: 35712445 - F: 40700181  
ICE: 001745629000026  
INPE: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

إقامة الخير شارع الزرقطني 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

# 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 évolutive 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 suspendues 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

Télé: 0555 04 28 07 / 06