

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## **diologie 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.

## **tique :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 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

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.

Maladie 3418  Dentaire

Optique 102683  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03418

Société : Royal Air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre:

Nom & Prénom : Bennani, Jamal

Date de naissance : 13/07/60

Adresse : 559, C.G.Z., Ville verte, Béchar - Alg

Tél. : 066.106.98.08 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr Oumnia BEN KIRANE*  
**ANGIOLOGUE PHLEBOLOGUE**  
 Patente: 35712445 - 10700181  
 ICE: 001745629000026  
 INPE: 091023796 - Tel: 0522 94 38 97 / 96

Date de consultation : 02/09/2022

Nom et prénom du malade : Hassini, Smaïla, jeans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Insuffisance veineuse

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 : Centre Allal Ben Abdellah

Le : 07/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : 102683

# 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
09/09/2011				
10/09/2011				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

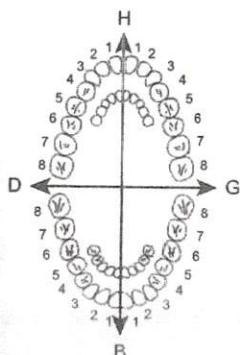
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

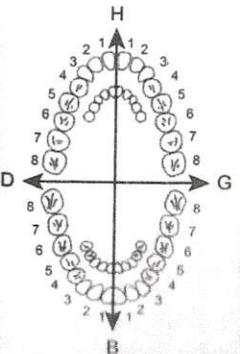
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Jeanne BENKIANE GIOLOGUE-PHLEBOLOGUE Télé: 3571445 - I.F. 4070181 I.C.E. 00171562000026 INPE: 051023796 - Tel: 0522943897/98	09/09/2011 10/09/2011	Demande d'urine probst 1/2 Seb Rose Gocell ai 6				500000 le 2 Caco 100 en T.M.

## 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
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTI

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



## **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
12/01/1998	12 Sep Anesthésie	1	72000	Dr. OMNIA BENKIRANE ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE Patiente: 35712445 - I.F: 40700181 ICE: 001745629000026 022796 - Tél: 0522943897 / 96
12/01/1998	12 Sep Gastro- scopy	1		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **VOLET ADHERENT**

Page 10

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D**: Lower-left quadrant, containing teeth 1 through 8.
- H**: Upper quadrant, containing teeth 1 through 8.
- B**: Lower-right quadrant, containing teeth 1 through 8.
- U**: Upper-right quadrant, containing teeth 1 through 8.

[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

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 أمنية بنكيران

حاصلة على دبلوم بكلية  
الطب بليموج  
طبيبة متخصصة في الشريان،  
الأوعية المغذوية، الدوالي،  
وعلاج الدوالي الوريدية

Casablanca LE 02/02/2022

DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

NOM: MME HOUSSINI SQUALI  
PRENOM MOUNA

**MEDECIN TRAITANT : DR.O.BENKIRANE**

**Motif : INSUFFISANCE VEINEUSE**

*Types d'Examens : 12 séances de sclérose  
600.00 dhs la séance*

Total 7200.00 DHS

SEPT MILLE DEUX CENT DIRHAMS.

Dr Oumnia BENKIRANE  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Patente: 3571245 - I.F. 40700181  
ICE: 001 - 5429000026  
INPE: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

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 الخير شارع الزرقطني 237  
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء

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

# مركز تشخيص 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

ICE 001745629000026  
INP 091023796

الدكتورة أمنية بنكيران

حاصلة على دبلوم بكلية  
الطب بليموج  
طبيبة متخصصة في الشريان،  
الأوعية المفتوحة، الدوالي،  
وعلاج الدوالي الوريدية

Casablanca, le 06/07/2022

## FACTURE CALENDRIER

**Nom Et Prénom Du Patient : MME HOUSSINI SQUALI  
MOUNA**

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

02 SEANCES DE SCLEROSE LE 22/03/2022  
02 SEANCES DE SCLEROSE LE 26/04/2022  
02 SEANCES DE SCLEROSE LE 19/05/2022  
02 SEANCES DE SCLEROSE LE 01/06/2022  
02 SEANCES DE SCLEROSE LE 23/06/2022  
02 SEANCES DE SCLEROSE LE 06/07/2022

600.00 DHS A LA SEANCE

Arrêté la présente facture à la somme 7200.00 DHS

**SEPT MILLE DEUX 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 Ounnia BENKIRANE  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Patente: 35712445 I.F: 40700181  
ICE: 001745629000026  
INP: 091023796 Tél: 0522 94 38 97 / 96

إقامة الخير شارع الزرقطني 237  
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء  
الماتف : 05 22 94 38 96  
05 22 94 38 97  
07 07 73 73 13

N° Dossier: 102683

N° Dossier externe: ACC-03418-08/02/2022

Type de dossier: REEDUCATION

Bénéficiaire: BENNANI MOUNA

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 08-02-2022

Date de fin: 08-02-2022

Date de saisie: 08-02-2022

Événement:

#### Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

#### Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
08-02-2022	Manuel	FAIRE CV
10-02-2022	Manuel	appel sans réponse 0661069808
10-02-2022	Manuel	contre visite envoyé à dr.zouhair fatima
10-03-2022	Manuel	Ok pour les séances DE SCLEROSE DEMANDEES INSF VEINEUSE
10-03-2022	Manuel	OK LES SEANCES SE SCLEROSE DES VEINES INSUF VEINEUSE
10-03-2022	Manuel	ACC DE 12 SEANCES DE SCLEROTHERAPIE
10-03-2022	Manuel	sms envoyé

injecté

pour RB + la Facture

le planning