

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-699941

123591

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

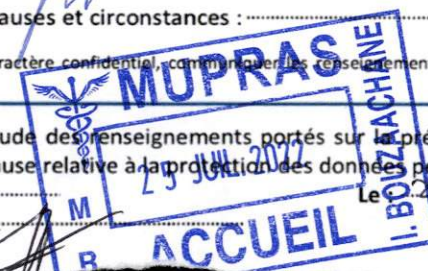
Matricule : 01696 Société : /
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ASSIL ALLAL
 Date de naissance : 01-06-1956
 Adresse : OULFA lot ESFAFA N°44 ap1 CASR
 Tél. : 0661693366 Total des frais engagés : 1200 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 29.04.2012
 Nom et prénom du malade : Soufiane ASSIL 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'at-
 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : CASR Le 26/07/2012
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
29.01.1991	Examen		12000 9H	INP : 109110413-198
	Examen			
	Examen			
	Examen			
	Examen			
	Examen			
	Examen			
	Examen			
	Examen			
	Examen			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

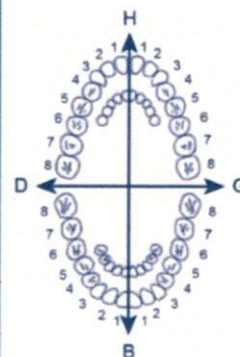
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

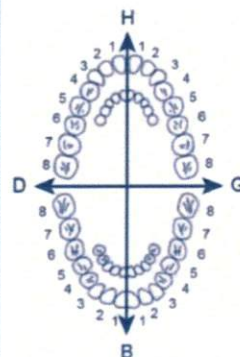
VOLET ADHERENT

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

Dr Oumnia BENKIRANE
PHLEBOLOGUE
N° 35712445 - I.F. 40700181
Fonction: 001745629000026
INPE: 09105706 - Tél: 0522 94 33 97 196



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

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

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'EXE

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

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 examens
suivant :

ECHODOPPLER de marquage sur la peau de la
saphène interne gauche 1200.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme 1200.00dhs

(MILLE DEUX CENTS DIRHAMS)

Dr Oumnia BENKIRANE
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE

Patente: 35712445 - I.P: 40700181

ICE: 001745629000026

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 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 NAHILA MALIKA
DATE D'EXAMEN : 29/04/2022
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.

VEINES SUPERFICIELLES

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 incontinente.

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.

***Présence une phlébite sur le trajet de la saphène interne jambière mesurant 5 mm et sur le trajet de la saphène postérieure jambière**

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