

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 : 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.

N° W21-699941

AC 3591

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 ESSAFA N° 44 alpi Casab

Tél. : 0661693366 Total des frais engagés : 12.00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29.04.2012

Nom et prénom du malade : Oulfa Benkira

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : Oulfa Benkira

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'adjudicataire.

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 : Casab Le 24/07/2012

Signature de l'adhérent(e) : 



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 |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29/08/2016 | Dr. Ouinnia BENKIRANE | 10000 | 10000 | INP : 100174562900026 Télé: 35719445 - I.F. 40700181 ICE: 00174562900026 Télé: 0532943891/56 NPE: 0532943891/56 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

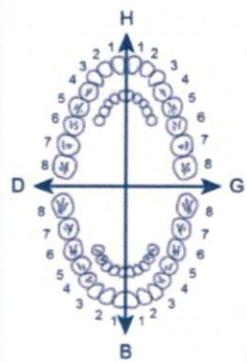
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

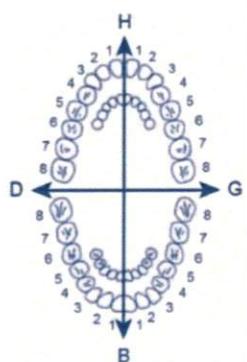
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | | |
| D | 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 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 الشريان،
الأوعية المفاوية، الدولي،
وعلاج الدوالي الوريدية

Casablanca, le 29/04/2012

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 الزرقطني 237
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء

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

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 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.

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 incontinent.

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 - TEL: 52943897/96