

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>0 169 Ca</u> Société : <u>193387</u>			
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :		<u>ASSIL ABLAL</u>	
Nom & Prénom : <u>A.S.S.I.L A.B.L.A.L</u>			
Date de naissance : <u>01-06-1956</u>			
Adresse : <u>OLAF lot ESSAFT N°44 app1 CABA</u>			
Tél. : <u>0661693366</u> Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin <small>INP: 091023/96 - 14-0922794-026 CE: 00174562900026 Patient: 35/12415-11-40700181</small>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>28/04/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>NAHILA MALIKA</u> Age : <u></u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : <u>Insuffisance Veineuse</u>			
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 : <u>CPAF</u> le <u>25 JUIN 2022</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>ACCUEIL</u>			

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
28/10/19	consultation	1	10000	INP : 001745620000026 Date : 30/10/19 Signature : DR. NGOLGBE PHILIPPE
28/10/19	Examen physique	1	10000	INP : 001745620000026 Date : 30/10/19 Signature : DR. NGOLGBE PHILIPPE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme ZAPPAIM AM Lotissement CASAELANCA 06 05 22 934 190	8/10/18 6	471,20

ANALYSES - RADIOPHARIES

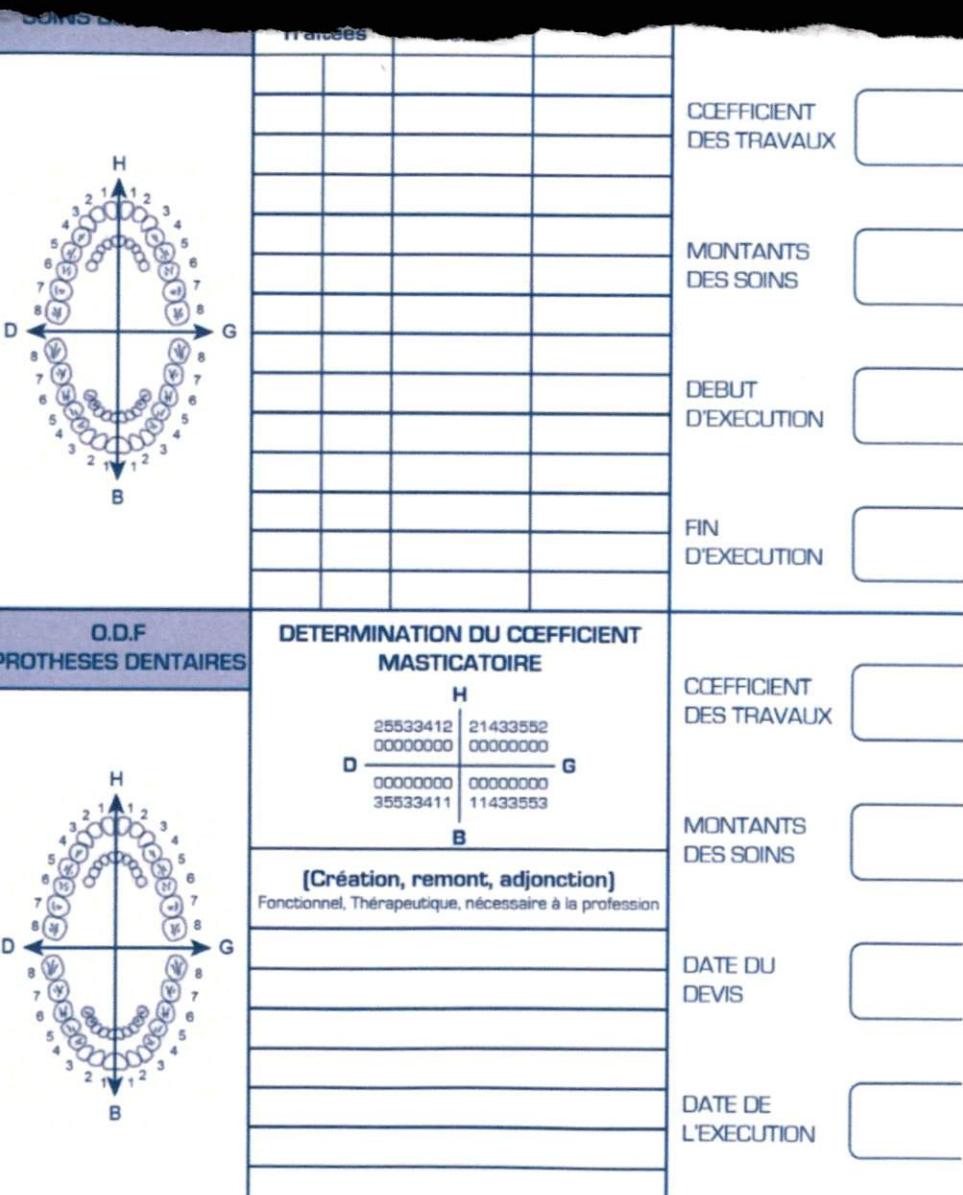
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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

الدكتورة أمنية بنكيران

حاصلة على دبلوم بكلية
الطب بليموج

طبية متخصصة في الشرايين،
الأوعية اللمفاوية، الدولي،
وعلاج الدوالي الوريدية

Casablanca LE 26/04/2022

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*

CONSULTATION 300.00DH
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

Site web: www.centrevarices.com
Email: Benkirane.ounnia@gmail.com

Dr. ounnia BENKIRANE
ANGIOPHYSIQUE - PHLEBOLOGUE
INPE: 091023796 TSI: 0522 963897/96
ICP: 001745629000026
Patient: 35712445 - TFR: 4000181

إقامة الخير شارع الزرقطوني 237
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء
الماتف : 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 : 26/04/2022
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 DROITE

La crosse de la veine saphène EXTERNE mesurant 14 mm, à l'origine d'un reflux minime mis en Evidence par la manœuvre de VALSALVA et en Doppler Couleur, la crosse est incontinent.

Incontinence ostiale et tronculaire de la saphène externe

Présence une communicante entre la saphène interne jambière et la saphène externe mesurant 7 mm

Incontinence de la saphène interne jambière

Incontinence de la saphène antérieure jambière

Incontinence de la saphène postérieure jambière

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