

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-661544

64585

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 5142 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AHAD AATIMAD

Date de naissance : 23/04/1966

Adresse : 3, Rue ABLOUANI Case 04815

Tél. : 0661542446 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 04 / 2023

Nom et prénom du malade : AATIMAD AHAD Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pinus

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
05/10/41	Consult		30000	INF : 091023796 96/168894222/96 001255098888 0026 18100700881 PHLEBOLOGUE D'ORIGINE DENTITAIRE
05/23	G. Dupont		100000	

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	

RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

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

Casablanca LE 05/04/2023

FACTURE

Nom Et prénom du patient MME AHAD AATIMAD

*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

Dr Oumnia BENKIRANE
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
Tél: 05 22 94 38 96
05 22 94 38 97
07 07 73 73 13
ICE 001/4562900026
Patente
F 40700181

إقامة الخير شارع الزرقطوني 237
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 94 38 96

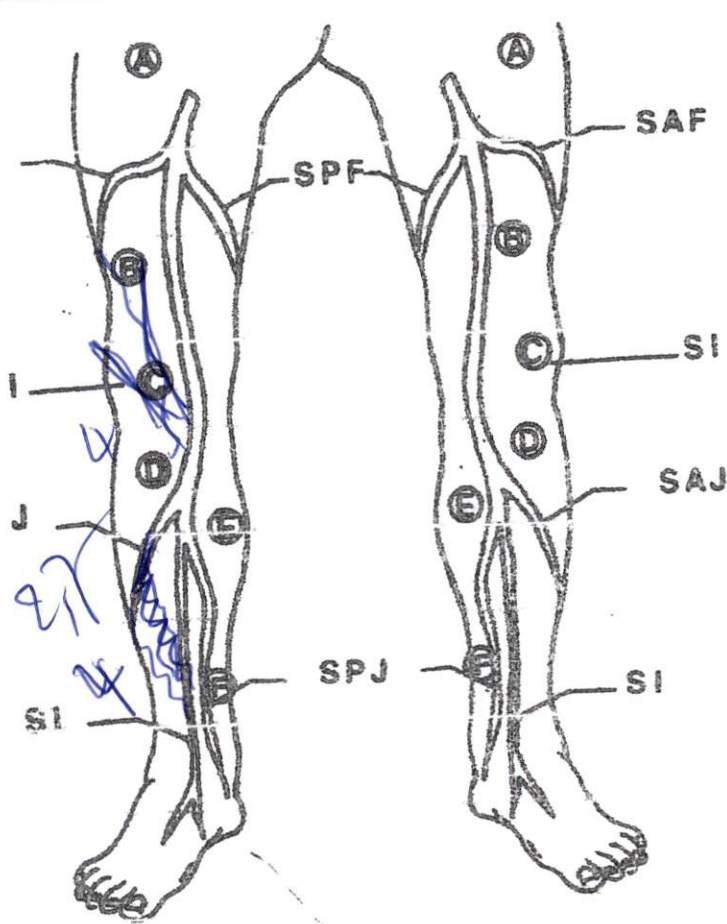
05 22 94 38 97

07 07 73 73 13

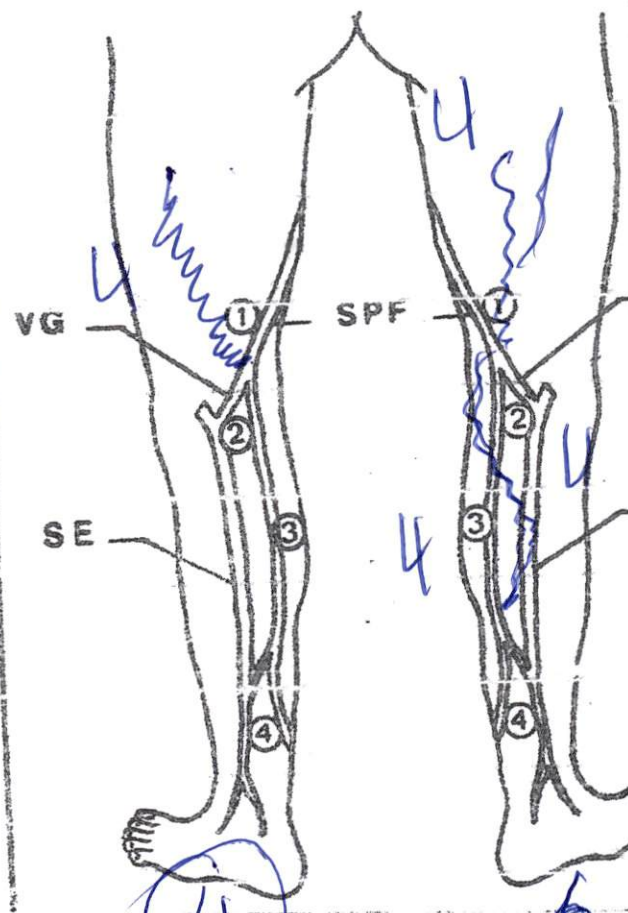
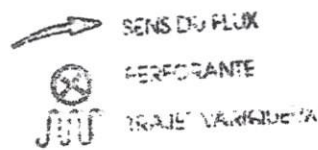
Site web: www.centrevarices.com
Email: Benkirane.oumnia@gmail.com



RÉSEAU VEINEUX SUPERFICIEL DES MEMBRES INFÉRIEURS VISUALISATION DES DONNÉES DE L'ÉCHOGRAPHIE DOPPLER



- A) Veines perforantes terminales hautes
- B) Veines perforantes terminales basses
- C) Veines perforantes de DODD
- D) Veines perforantes de BOYD
- E) Veines perforantes jumeelles internes
- F) Veines perforantes de COCKETT



- 1) Veines perforantes fémorales superficielles
- 2) Veines perforantes du losange poplité
- 3) Veines perforantes jumeelles internes
- 4) Veines perforantes péronières

Commentaires :

...

Dr. Oumnia BENKIRANE
Angiologue et phlébologue
Diplômée de la Faculté de Médecine de Limoges

NOM & PRENOM : MME AHAD AATIMAD
DATE D'EXAMEN : 05/04/2023
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.

Absence de phlébite Evolutive ou de séquelles de phlébite.

Absence d'insuffisance veineuse profonde.

VEINES SUPERFICIELLES

A DROITE

Présence deux collatérales suspendue de la saphène interne a sa partie inférieure de la cuisse mesurant 4 mm

Présence deux collatérales suspendue de la saphène antérieure jambière mesurant 2.7 mm alimentant un paquet variqueux important

Présence deux collatérales suspendue de la saphène postérieure fémorale a la face externe mesurant 4 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène externe a sa partie supérieure mesurant 4 mm

A GAUCHE

Présence une collatérale suspendue de la saphène postérieure fémorale a la face externe mesurant 4 mm

CONCLUSION

Indication a des séances de sclérose en mousse .

Dr Oumnia BENKIRANE
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
Tél 05 43 00 12 94
Patente: 3571245
ICE 00174562900026
F. 40700181