

## 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 070089

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALI N° 21 route d'El Jadida Casablanca Tel: 6522 1000	02/08/23	675,60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B G
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Date du devis
				Date de l'exécution

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

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 caps

P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090808

62/28 2-05

الدكتورة أمينة بنكيران

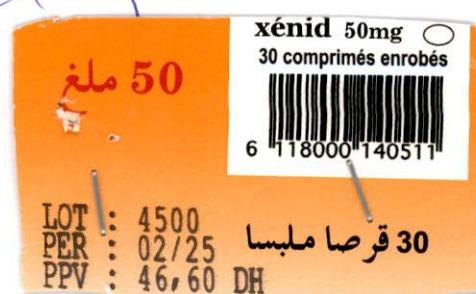
حاصلة على دبلوم بكلية  
الطب بليموج

طبيبة متخصصة في الشريان،  
الأوعية المفتوحة، الدوالي،  
وعلاج الدوالي الوريدية

Xarelto 020

1 cap  
46,60

Xenid 50c 1 cap  
ups Repa )



INN: 091023796 - ICI: 0922943897 / 96  
IC: 00174562900026  
Pofem: 35112445-1F-40700181  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Dr. Oumnia BENKIRANE

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

# 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 بنكريان  
حاصلة على دبلوم بكلية  
الطب بليموج  
طبيبة متخصصة في الشرايين،  
الأوعية اللمفاوية، الدولي،  
وعلاج الدوالي الوريدية

Casablanca LE 02/08/2023

## FACTURE

Nom Et prénom du patient MME NOUARY SAMIRA

*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

INPE: 09123796 - Tel: 0522 94 38 97 196  
IC: 0017 4562900026  
Périm: 35712445 - Tel: 0522 94 38 97 196  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Dr Oumnia BENKIRANE

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 المور الراسين الدار البيضاء  
هاتف : 05 22 94 38 96  
05 22 94 38 97  
07 07 73 73 13

**Dr. Oumannia BENKIRANE**

*Angiologue et phlébologue*

Diplômée de la Faculté de Médecine de Limoges

NOM & PRENOM

MME NOUARY SAMIRA

DATE D'EXAMEN

NOUARY SAMIRA

MOTIF DE CONSULTATION

PHLEBITE MI DROITE

**ECHO-DOPPLER DU RESEAU VEINEUX PROFOND DES MEMBRES  
INFERIEURS**

**A DROITE**

Présence une phlébite au niveau de la perforante fémorale superficielle

Présence des phlébites sur le trajet de la saphène externe à sa partie supérieure

INP: 091023796 - TEL: 0522 94 38 97 / 96  
ICL: 00174529000026  
PER: 12445 - TEL: 0522 94 38 97 / 96  
ANGIOLOGY PHLEBOLOGY  
DR Oumannia BENKIRANE