

# 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.

**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

M22- 0055636

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3103 Société : 134895  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ARRAQUI / SOULIMANE KHEBOUJA  
 Date de naissance : 26/05/42  
 Adresse : 123 Bd ABOU WAGI, Boulogne  
 Tél. : 0661867987 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Ouhnia BENKIRANE**  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Potente: 35712445 - I.F: 40700181  
ICE: 001745629000026  
INPE: 091023796 - Tel: 0522 94 38 97 / 96

Date de consultation : 16/06/2019  
 Nom et prénom du malade : M Khebouja Soulimane Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Infarctus + Pathologie  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Casablanca

Le : 12/02/2024

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
12.01.14	Echographie			

# 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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient 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 COEFFICIENT 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		Coefficient 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"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <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 أمنية بنكيران

حائزة على دبلوم بكلية  
الطب بليموج  
طبيبة متخصصة في الشرايين،  
الأوعية اللمفاوية، الدوالي،  
وعلاج الدوالي الوريدية

**Casablanca LE 12 /02/2024**

**FACTURE**

*Nom Et prénom du patient* MME KHEDOUDJA SOULIMANE

*Nous vous prions d'accepter l'expression de  
nos sentiments distingués et de recevoir  
suivant l'usage la note d'honoraires pour les*

**ECHODOPPLER VEINEUX DES MI 1000.00DH**

*Arrêté la présente facture à la somme 1000.00*

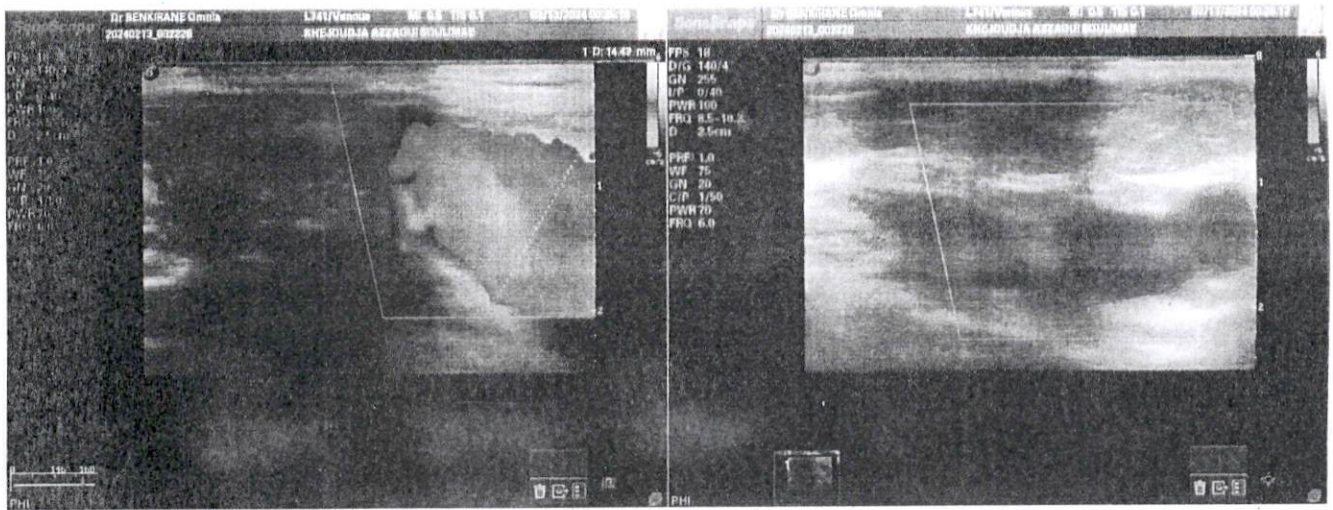
**MILLE DIRHAMS**

Résidence Kheir 237,  
angle Bd. Zerktouni  
et Bd d'Anfa Casablanca  
SECRETIARIAT & 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**  
Potente: 35712445 - I.F: 40700181  
ICE: 001743629000026  
NPE: 091023796 - Tél: 0522 94 38 97 / 96

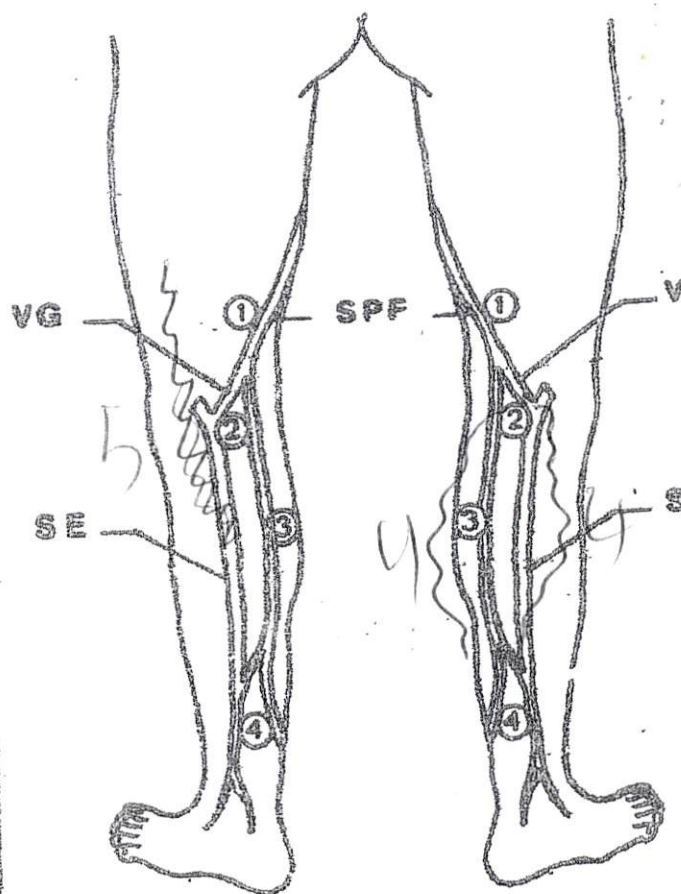
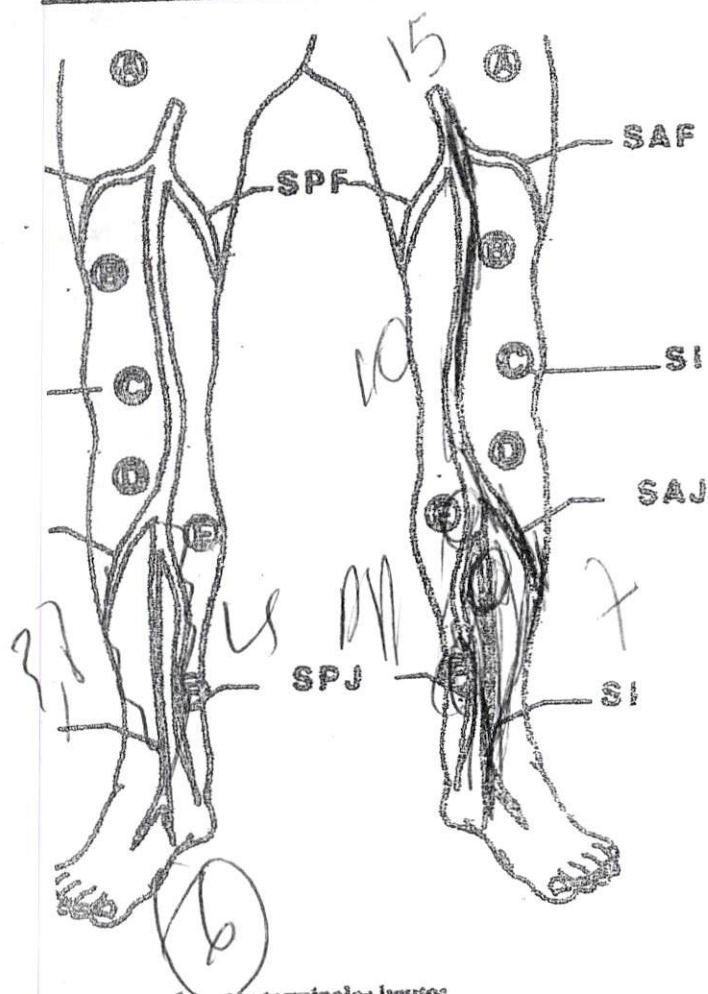
إقامة الخير شارع الزرقطوني 237  
دائرة المرور الراسين الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 94 38 96  
05 22 94 38 97  
07 07 73 73 13

Site web: [www.centrevarices.com](http://www.centrevarices.com)  
Email: [Benkirane.oumnia@gmail.com](mailto:Benkirane.oumnia@gmail.com)





# RENDRE VISIBLES LES DONNÉES DE L'ECHOGRAPHIE DOPPLER



Veines perforantes terminales basses  
- Veines perforantes terminales basses  
Veines perforantes de DODD  
Veines perforantes de BOYD  
Veines perforantes jumelles internes  
Veines perforantes de COCKETT

→ SENS DU FLUX  
⊗ PERFORANTE  
⊕ TRAJET VARIÉ

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

commentaires :

PHYSIOLOGIE : Dr. Jamal JERFA

ANGIOLOGIE-PHLEBOLOGIE : Dr. Oumma BENKIRANE

Résidence KITHIR - 237, Bd. Zerktouni / Algérie 94380 / 94380  
Tél : 9438096 / 9438097

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

NOM & PRENOM : Mme SOULIMANE KHEDOUDJA  
DATE D'EXAMEN : 12/02/2024  
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 d'insuffisance veineuse profonde.

**VEINES SUPERFICIELLES**

**A GAUCHE**

1-La crosse de la veine saphène interne mesurant 15 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 mesurant 10 mm

Incontinence de la saphène interne jambière

Incontinence de la saphène antérieure jambière mesurant 7 mm

Incontinence de la saphène postérieure jambière .

Présence une collatérale suspendue de la saphène externe à sa partie supérieure mesurant 5 mm

Présence une phlébite étagées sur le trajet de la saphène interne jambière

**A DROITE**

Présence une collatérale suspendue de la saphène antérieure jambière mesurant 3.8 mm

Présence une collatérale suspendue de la saphène postérieure jambière mesurant 4 mm

Présence deux collatérales suspendue de la saphène externe à sa partie supérieure mesurant 4 mm

  
Dr Oumnia BENKIRANE  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
Patente: 35712445 - I.F: 40700181  
ICE: 001745629000026  
INPE: 091023726 - Tél: 0522 94 38 97 / 96