

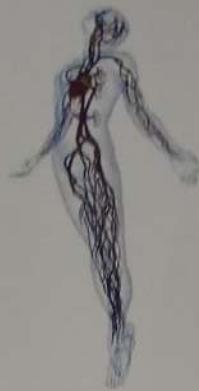
Dr SELMA BENMOUSSA

Angiologue - Phlébologue

**Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques
Explorations Vasculaires par EchoDoppler
Traitement des Varices par Sclérothérapie**

**Diplômée en Angiologie
de la Faculté de médecine de Caen (France)**

Numéro ICE :001922463000042



الدكتورة سلمى بنموسى

**عيادة تشخيص أمراض الشرايين والأوردة
فحص الأوعية الدموية بالإيكو Doppler والصدى الملون
علاج الدوالى بالتصليب والحقن**

خريجة كلية الطب بكاين - فرنسا

168630

Casablanca, le 08/07/2023

DEVIS POUR ENTENTE PREALABLE

Nom & prénom : JOTI ASSIA

Médecin traitant : Dr S. BENMOUSSA

Cabinet : Cabinet DR S. BENMOUSSA

Forfait comprenant sauf complication :

06 Séances de Sclérothérapie des varices des membres inférieurs : 1000.00 DHS*06

Arrêté le présent devis à la somme de :

Six milles dirhams (6000.00 DHS).

Ce devis est approximatif et ne représentera en aucun cas la facture définitive.

Dr S. BENMOUSSA

Dr. SELMA BENMOUSSA
Ave. Yacoub El Mansour, Bureau 22
Espace El Mansour, Casablanca
Tél. : 05 22 23 58 83 CASABLANCA

**AI QUAD CAMERA
Shot on STG X2**

**22 Bd Yacoub El Mansour, Espace El Mansour, 2ème Etage Bureau 22, Casablanca.
Tél : 05 22 23 58 83 / Num d'urgence : 07 01 23 58 83 - E-mail: drbenmoussa.angio@gmail.com**

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

AI QUAD CAMERA
MUPRAS, Centre Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 22 78 18 - Fax : 05 22 22 78 19 - www.mupras.com
Shot on STG X2



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

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Acuf	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tel :	Total des frais engagés	Date :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Jointure des RT</i>
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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.
Fait à : _____ Le : _____
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0036021

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

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
09/07/2023	Devis de 6 Soins de Sénior à l'ambulance		6000 DT	<i>[Signature]</i>

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 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	

VOLET ADHERENT

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

OO AI QUAD CAMERA
OO Shot on STG X2

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553 B G

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION