

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 :

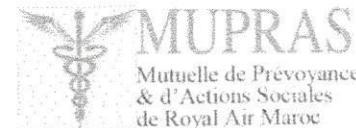
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LIG) - Fax : 05 22 22 28 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-540777

ND. 29053

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAM	
Matricule : 12542			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BAOUCHI Khalid			
Date de naissance : 15/08/1986			
Adresse : Bd Abdellah Ben Badis Walidi Park N°107 Casablanca			
Tél. : 0645018932	Total des frais engagés : 1550,17 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. Nacira OUKACHA Gynéologie - Obstétrique INP : 091167130 39, Rue Al Foutat, n° 10, 1er Etage Maârif Extension 20370 - Casablanca Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49	
Date de consultation : 10/06/2020	Age:
Nom et prénom du malade : SMOJNI Redwa	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Céphalée à 34 SA -	
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 : 10/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-540777
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 : 12542	
Nom de l'adhérent(e) : BAOUCHI	
Total des frais engagés : 1550,17	
Date de dépôt :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10-06-2020	1-1094	155012		<p>INF : 11112525662250</p> <p>tel: 0652239250 fax: 0652239250</p> <p>Quartier Résidence 65500 BORDEAUX</p> <p>13, place de la DÉFENSE</p> <p>Chirurgie</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

VIOLET ADHESIVE

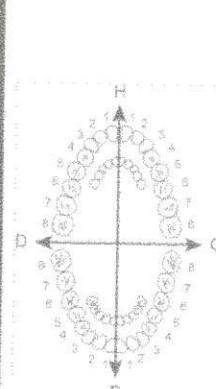
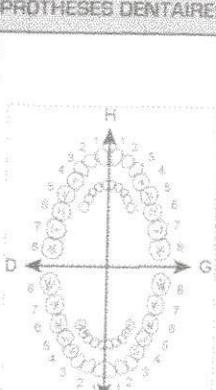
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ITC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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. PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25633412</td> <td>21433560</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433563</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>	H	G	25633412	21433560		00000000	00000000		35533411	11433563		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	H	G														
25633412	21433560															
00000000	00000000															
35533411	11433563															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXERCICE

Docteur OUKACHA Nadia

Diplômée de la Faculté de Médecine de LILLE France
Ex Praticienne des Hôpitaux de France
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Echographie de dépistage 4D - Médecine foetale
Chirurgie et Oncoplastie mammaire
Coelioscopie - Hystéroskopie
Colposcopie - Infertilité du couple



الدكتورة عوكشة نادية

خريجة كلية الطب بيل فرنسا
إختصاصية ملحة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
إختصاصية في أمراض و جراحة النساء و التوليد
الفحص بالأمواج الصوتية - الطب الجنيني
جراحة سرطان الثدي و إعادة تقويم الثدي
الجراحة بالمنظار الباطني - عقم الزوجين
تشخيص أمراض عنق الرحم بالمنظار

10 JUIN 2020

Casablanca, le : الدار البيضاء، يـ :

CR d'hospitalisation :

N = Souni Fedwa.

N = Souni Fedwa a été "hôpitalisé" le 10/6/2020 pour cophée intense à 3H SA avec vomissement. L'examen à l'entrée ne retrouve pas de signe de dyspnée, apyrétiqe.

- IRN était normale.
- Ref normal, ϕ de CV.
- Ht à base de parfum de Paracetamol associé à un Ht anti-inflammatoire et aperitif.

39، زنتة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 - الماريت 20370 - الدار البيضاء،

39, Rue Al Fourat, 1er étage, N°10 Mâarif extension, 20370 Casablanca

05 22 23 55 59 / 49 . LG - contact@docteuroukachanadia.com - www.docteuroukachanadia.com - INPE : 091167130

l'amélioration de l'état de la patiente
le faire a été autorisé 6 jours
avec la même trame et par
à minre à domicile , Elle sera
vue en consultation en ambulancé



Maternité - Chirurgie - Endoscopie Gynécologique

Assistance Médicale à la Procréation (Fécondation-In-Vitro) - Néonatalogie

مستعجلات أمراض النساء و الولادة 24/24

10/06/2020

NOTE HONORAIRES

Dr. Nadia OUKACHA
Gynécologie - Obstétrique
INPE: 091167130
39, Rue Al Fouad, n° 10, 1er Etage
Maison d'Extension 20370 Casablanca
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

Docteur

Prie Mme SMOUNI FADWA EP BAOUCHI KHALID

Et lui présente suivant l'usage sa note d'honoraire

Pour K
s'élevant à la somme de : 500,00 Dhs.....

Dr. Nadia OUKACHA
Gynécologie - Obstétrique
INPE: 091167130
39, Rue Al Fouad, n° 10, 1er Etage
Maison d'Extension 20370 Casablanca
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

Maternité - Chirurgie - Endoscopie Gynécologique

Assistance Médicale à la Procréation (Fécondation-In-Vitro) - Néonatalogie
URGENCES GYNÉCO - OBSTÉTRICALES 24/24 مستعجلات أمراض النساء و الولادة

Casablanca, le 10 Juin 2020

Facture N° 201598

Date Entrée 10 Juin 2020

Date de Sortie 10 Juin 2020

Med Traitant :DR OUKACHA

P/Charge N°

Matricule N°

Diagnostic HOSP

SMOUNI FADWA EP BAOUCHI KHALID

L i b e l l e	Coef.	Qté	Prix U.	Remise	Montant
** CLINIQUE **					
SEJOUR NORMAL		1	400,00		400,00
A.M.I		1	200,00		200,00
MONITORING		1	300,00		300,00
PHARMACIE (voir détail au verso)					150,17
** Total Clinique **					1050,17
DR OUKACHA (GYNECOLOGUE-OBSTETRICIENNE)		1	500,00		500,00
					500,00
				Clinique Honoraires	1050,17
					500,00
Arrêté La présente Facture à la somme de :					Total General 1.550,17
Mille Cinq Cent Cinquante Dirhams Dix Sept Centimes					

Clinique Les Iris
 13, Place du Nid d'Iris
 Quartier Racine - Casablanca
 Tél: 0522 39 25 30 / 0522 39 25 31
 0522 39 25 32 - Fax: 0522 36 25 33



DETAIL PHARMACIE

SMOUNI FADWA EP BAOUCHI KHALID

L i b e l l e	Quantité	Prix U.	Montant
ACUPAN	1,00	6,54	6,54
CLOPRAUME	1,00	1,39	1,39
INTRA NULE	1,00	5,00	5,00
LABSTIX	4,00	10,00	40,00
PARACETAMOL BTE DE 10 AMP	2,00	15,02	30,04
SERINGUES 5CC	3,00	3,00	9,00
SERUM SALEPOCHETTE	2,00	24,10	48,20
TUBULURE	1,00	10,00	10,00

Total 150,17

Clinique Les Iris
13, Place du Nid d'Iris
Quartier Racine - Casablanca
Tél: 0522 39 25 30 / 0522 39 25 31
0522 39 25 32 - Fax: 0522 36 25 33

20/60s 110/60s

200

180

160

140

120

100

80

60

200

180

160

140

120

100

80

60

200

180

160

140

120

100

80

60

04.44 1cm/min

01:10 05.04.44 1cm/min

01:20 05.04.44 1cm/min

12

10

8

6

4

2

0

12

10

8

6

4

2

0

100

80

60

40

20

0

0

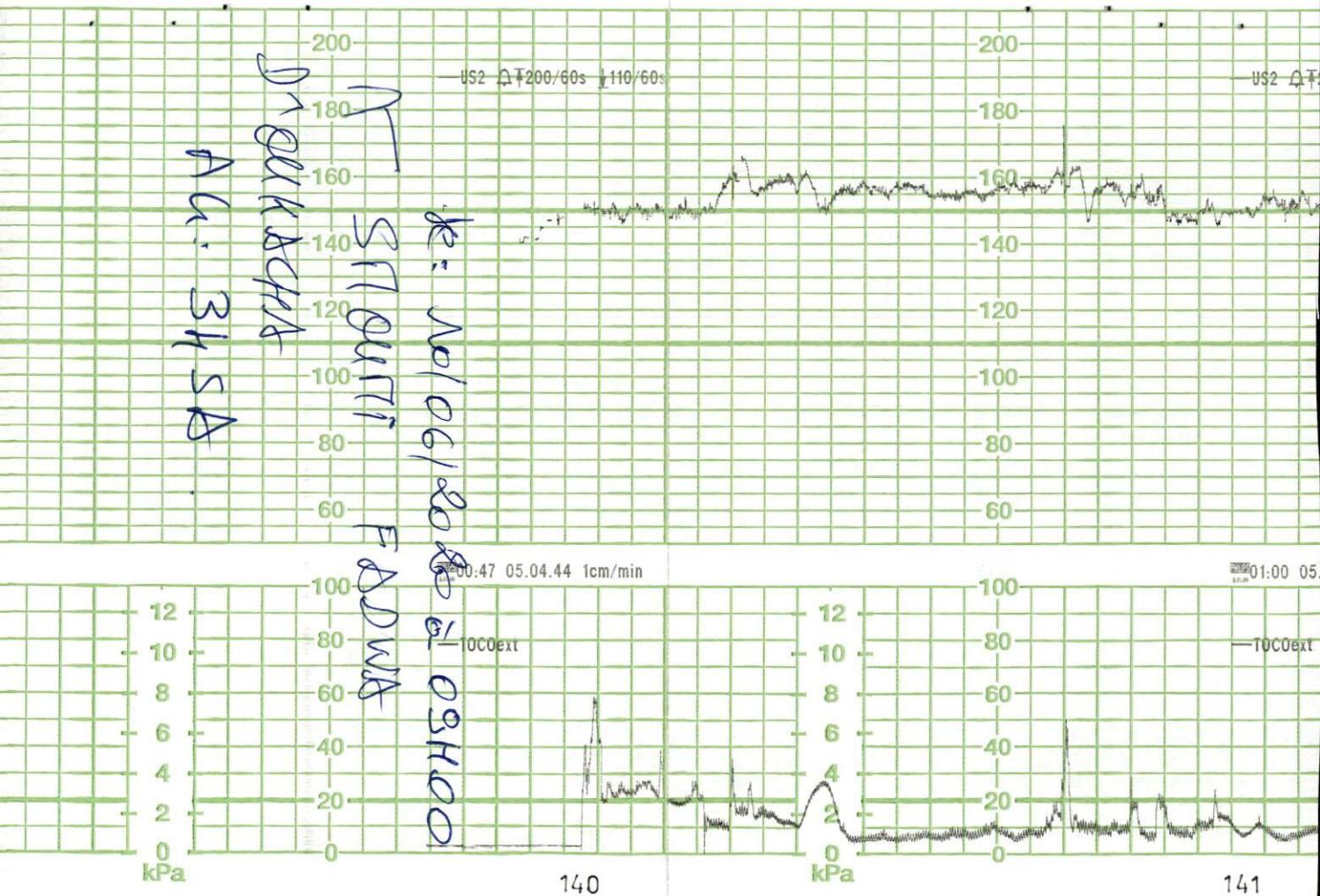
kPa

kPa

kPa

142

143



07/07/2010 FAPW01

Trig

DO2

SpO2

TA M/6

52

Recto

US1

180

160

140

120

100

80

60

200

180

160

140

120

100

80

60

200

180

160

140

120

100

80

60

03:13 10.06.20 1cm/min

03:20 10.06.20 1cm/min

03:30 10.06.20 1cm/min

12

10

8

6

4

2

0

TOCOext

12

10

8

6

4

2

0

kPa

039

040

kPa

04