

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Éducation :

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.

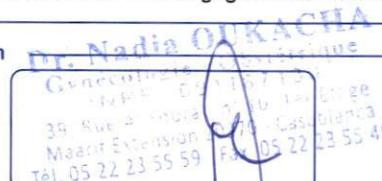
## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.



## **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--|--|
| 18 SEP 2000     | (S)               | 260, -                | Dr. Nadia GOUKACHE<br>Gynécologe 31157130<br>39 Rue de l'Orangerie 26370 Cabriès<br>Mobile : 06 83 55 59 Fax 05 22 23 55 49<br>Tel. 05 22 23 55 59 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE HYPER<br>Nadia BENNIS<br>n°10 Bd. Bir Anzarane et Ali Abderrazak<br>Tél : 022.94.45.20 - CASABLANCA | 18/09/20 | 64.20                 |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date           | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires   |
|---|----------------|-----------------------------|--|
| 18 SEP. 2020  | Géorg<br>Felix | 2600                        | Mr. Nabi DOURKACHA<br>Géorg<br>Felix<br>39 Rue 2000<br>Mar...<br>Tel: 05-21-24-12-21 MIA 05-22-27-42 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées                            | Nature des Soins                         | Coefficient |                         |
|------------------------------|---|--|-------------|-------------------------|
|                              |   |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |   |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |   |  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |             |                         |
|                              | H   | 25533412   21433552<br>00000000 00000000 | D           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              | B   | 00000000 00000000<br>35533411 11433553   | G           |                         |
|                              |   |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |  |             | DATE DU DEVIS           |
|                              |   |  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **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 بليل فرنسا  
 اختصاصية ملحة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية  
 اختصاصية 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

Casablanca, le : ..... 18 SEP. 2020 الدار البيضاء، ١٨ سبتمبر ٢٠٢٠

*N = Najoua El Ghind*

PHARMACIE HYPER  
 Nadja BENNIS  
 n°2 Bd. Bl Anzarane et Ali Abderrazak  
 Tel: 022.84.45.30 - CASABLANCA

*Audouin née  
 59.10.82 napp x 41j  
 46.00  
 - Retard rouge pr RV*



PHARMACIE HYPER  
 Nadja BENNIS  
 n°2 Bd. Bl Anzarane et Ali Abderrazak  
 Tel: 022.84.45.30 - CASABLANCA



PHARMACIE HYPER  
 Nadja BENNIS  
 n°2 Bd. Bl Anzarane et Ali Abderrazak  
 Tel: 022.84.45.30 - CASABLANCA

UE  
 LOT 206365 EXP 05/23  
 PPV:59DH10

**CICLOVIRAL® 5%**  
 Aciclovir

39، زنقة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 - (المعاريف) 20370 - الدار البيضاء

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

05 22 23 55 59 / 49 . LG - contact@docteuroukachanadia.com - www.docteuroukachanadia.com - INPE : 091/150



## Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 18.09.2020

Nom: Najoullah Saida Praticien:

ID patient: 204503SU7-20-09-18-2 DDN:

Indication: Age: Méd. réf.:

Sexe: Féminin Échograph.:

Type d'examen:

## DDR

|               |               |         |           |
|---------------|---------------|---------|-----------|
| DDR           | Jour du cycle | Gestité | AB        |
| Jour de stim. | Ovul. prévue  | Parité  | Ectopique |

## Mesures 2D Valeur m1 m2 m3 m4 m5 m6 Méth.

## Utérus

|          |         |      |      |
|----------|---------|------|------|
| Longueur | 2.10 cm | 2.10 | moy. |
|----------|---------|------|------|

## Générique 2D Valeur m1 m2 m3 m4 m5 m6 Méth.

## Dist.

|   |         |      |      |      |
|---|---------|------|------|------|
| D | 1.72 cm | 2.55 | 0.89 | moy. |
|---|---------|------|------|------|

## Commentaire

Utérus est de taille normale.  
 Les ovaires sont visualisés et sans anomalie notable.  
 Les annexes sont normales.  
 Cul de sac de Douglas est libre.

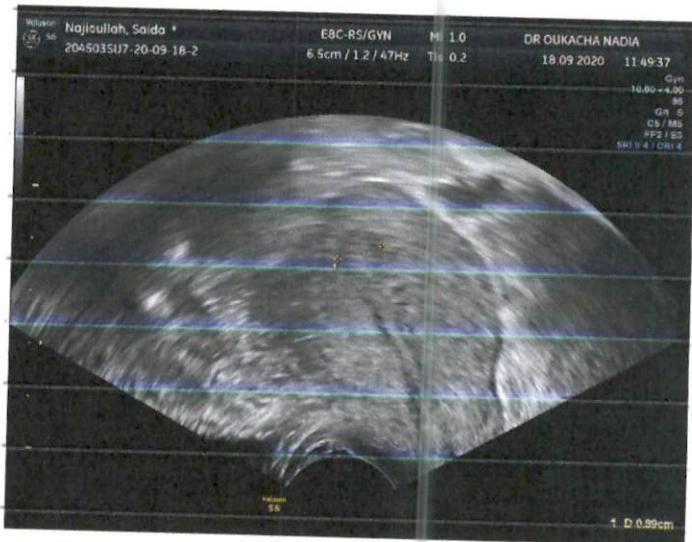
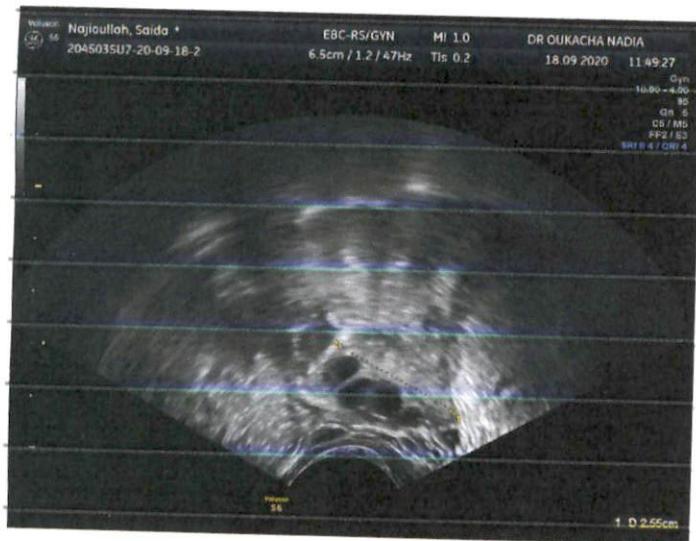
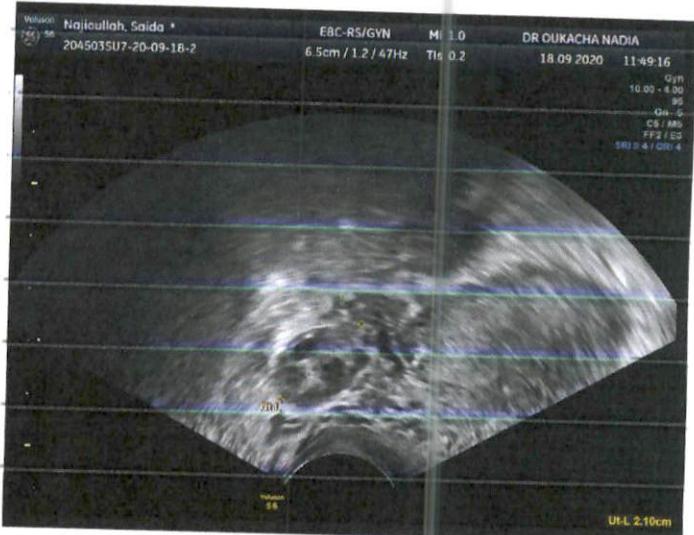
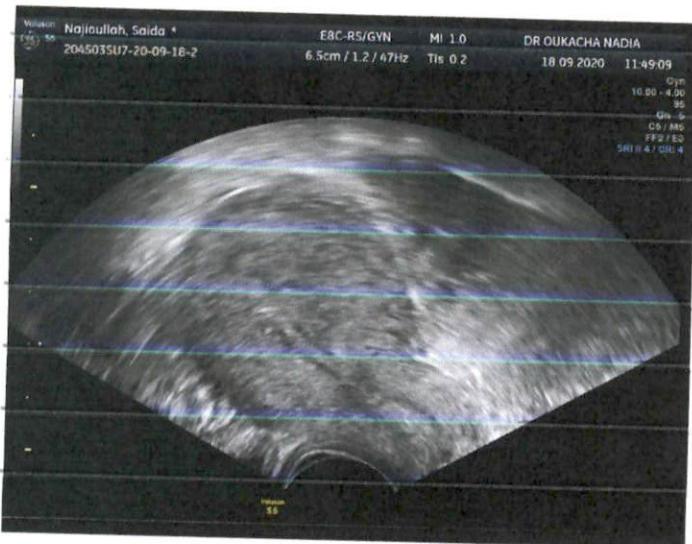
## Conclusion:

Absence d'anomalie gynécologique visualisée ce jour dans les limites de l'examen.

Date: 18.09.2020 Praticien:

Échograph.:

Dr. Nadia OUKACHA  
 Gynécologue et Endocrinologue  
 Tel. 05 22 21 55 00 - 05 22 21 55 49



*N. OUKACHA*  
Dr. Gynecologist  
Gynecology and Obstetrics  
3- Avenue Abdellatif Ben YOUSSEF  
N° 300 - BP 29 - 133  
Tétouan - 05 22 23 55 49