

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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-623025

Par coupon

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>M451</u>	Société : <u>82091</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : <u>Soussi Menebhi LAILA</u>			
Date de naissance : <u>21/01/1985</u>			
Adresse : <u>El Jadida Laayoune Ben Slimane</u>			
Tél. : <u>0661485446</u> Total des frais engagés : <u>5</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<input type="checkbox"/>
Cachet du médecin :	<input type="checkbox"/>
Date de consultation :	<u>Soussi Menebhi LAILA</u>
Nom et prénom du malade :	<u>Age:</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Problème de cycle</u>
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.

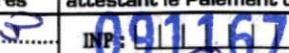
Fait à : casa

Le : 19/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : Soussi

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-623025
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 : <u>M451</u>	
Nom de l'adhérent(e) : <u>Soussi Menebhi LAILA</u>	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

BELEVE 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
19/06/2011		CS	910,50	INP : 091167130  Dr. Nadjat UKACHA Gynécologue Obstétrique Chirurgie Mammaire Roudani Casa 0520 17 08 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>066070390</i>	<i>17/06/21</i>	<i>128,90</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
12/06/21	20/06/2021	Nadia CHIRACHA Gynéacologe et Endocrinologue Chirurgien Général et Urologue 125 Bd. Blaizot 75017 Paris Tel: 0920 100 08 10 0920 708 130 INPE 91167130	100€

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

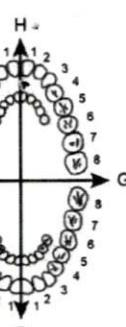
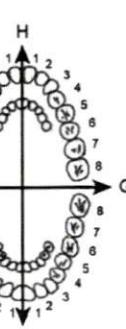
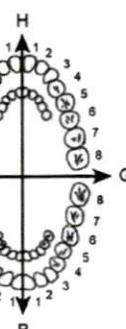
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

الدكتورة ناديا عوكacha

OUKACHA Nadia



- Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille France
- Praticienne des Hôpitaux de France
- Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
- Échographie de dépistage 4D - Médecine Foetale
- Chirurgie et Oncoplastie Mammaire
- Coelioscopie - Hystéroskopie
- Coloscopie - Infertilité du Couple
- Chirurgie Esthétique Vulvovaginale

- خريجة كلية الطب بليل فرنسا
- إختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- إختصاصية في أمراض وجراحة النساء والتوليد
- الفحص بالأمواج الصوتية - الطب الجنيني
- جراحة سرطان الثدي وإعادة تقويم الثدي
- الجراحة بالمنظار الباطني - عقم الزوجين
- تشخيص أمراض عنق الرحم بالمنظار
- جراحة التجميل الفرجية

Casablanca, le : 12 juin 2021 الدار البيضاء، في :

Mme SOUSSI MENECH

1/ FLUOMIZIN CP



1 cp le soir

2/ METROZAL CP 500 MG



1 cp x 3 par jour pendant 8 jours

Distribué par: ZENITHPHARMA
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane
Agadir - Maroc
Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable
AMN N°: 24/18DMP/21/NRQ
P.P.V.: 96.40 DHS

METROZAL®

Methotrexate 50mg
Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 32,50 DH



Dr. Nadia OUKACHA
Gynécologue - Obstétricienne
Chirurgie Mammaire
125 Bd. Brahim Roudani, Casablanca
Tél: 0520 70817 - 0520 170818
INPE: 091167130

📍 125 Bd. Brahim Roudani
Appt N° 11 - Maârif
Casablanca

☎ 05 20 17 08 17
☎ 05 20 17 08 18
☎ 06 06 12 12 13

✉ droukachanadia@gmail.com • www.docteuroukachanadia.com - INPE : 091167130

125 شارع إبراهيم الروదاني
الشقة رقم 11 - المعاريف
الدار البيضاء

A = son sei Anouch bala ..

le 12/6/21

- Utérus de taille normale
- Présence d'un myome de
Lau. type 1
- Ig et RAS
- Douleurs RAS



185973SUS-21-06-12-6

soussi mnebhi meriem

12.06.2021 13:43:18

Mise en 3x3

4 / 4



Rechoré

20

185973SUS-21-06-12-6

soussi mnebhi meriem

12.06.2021 13:43:18

Mise en 3x3

2 / 4



Rechoré

20

