

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0034366

160337

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3628 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : DJAFALLAH AAOUI NYCHAÏK
 Date de naissance : 16.04.1958
 Adresse : 68, Rue Regrafa Boujague
 Tél : 066719207 Total des frais engagés : 1502,004 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Ben ABDELJALIL Houder Age: / /
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : métastase post mélopasie
 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 : 13 FEV 2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] 28.04.2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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.

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
13/2/23		9	26,5	

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
	13/2/23	9	26,5

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553			
		H		G																		
		25533412	21433552	00000000		00000000																
		D		B																		
00000000	00000000	35533411	11433553																			
[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

- 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 - Hystérocopie
- Colposcopie - Infertilité du Couple
- Chirurgie Esthétique Vulvovaginale



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

Casablanca, le : في : الدار البيضاء،

13 février 2023

MME BENABDELJALIL HOUDA

Analyses :

NFS et PLAQUETTES
TP et TCK

T84 T30 TU

Dr. Nadia OUKACHA
Gynécologie - Obstétrique
Chirurgie Mammaire
125 Bd. Brahim Roudani - Casa
Tél: 0520 17 08 17 - 0520 17 08 18
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

📍 125 شارع إبراهيم الروداني
الشقة رقم 11 - المعاريف
الدار البيضاء



- 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 - Hystérocopie
- Colposcopie - Infertilité du Couple
- Chirurgie Esthétique Vulvovaginale

- خريجة كلية الطب بليل فرنسا
- إختصاصية ملحققة سابقا 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

Reçu de caisse N° : 3873

OUKACHA, Casablanca, le : : الدار البيضاء، في

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT201201627	BENABDELJALIL Houda	13/02/2023

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	CONSULTATION + ECHOGRAPHIE	500,00
Libellé	Total payé	500,00

Dr. Nadia OUKACHA
Gynécologie - Obstétrique
Chirurgie Mammaire
125, Bd. Brahim Roudani, Casa
Tél.: 0520 17 08 17 0520 17 08 18
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

📍 125 شارع إبراهيم الروداني
الشقة رقم 11 - المعاريف
الدار البيضاء



Informations sur le patient / l'examen Date d'examen: **13.02.2023**

Nom : **benadeljalil houda**

Praticien :

ID patient : **204503SU7-23-02-13-6**

DDN:

Méd. réf. :

Âge:

Échograph.:

Indication :

Sexe : **Féminin**

Type d'examen:

DDR

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

Générique 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Dist.								
D	1.55 cm	3.17	0.87	1.14	1.02			moy.

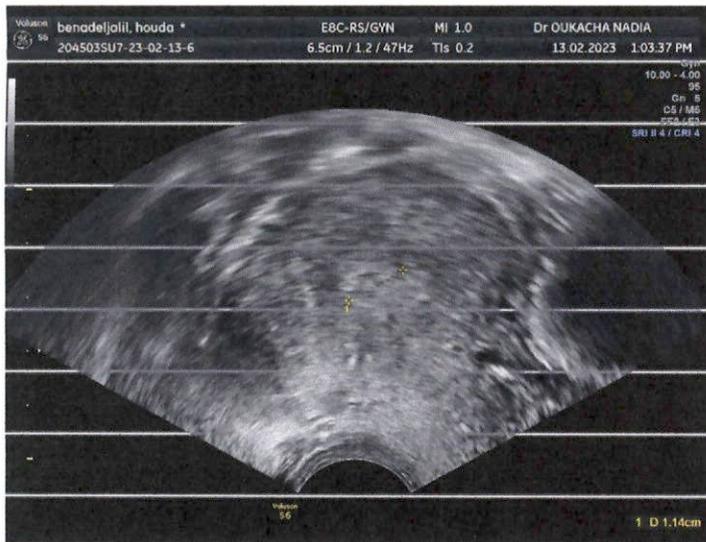
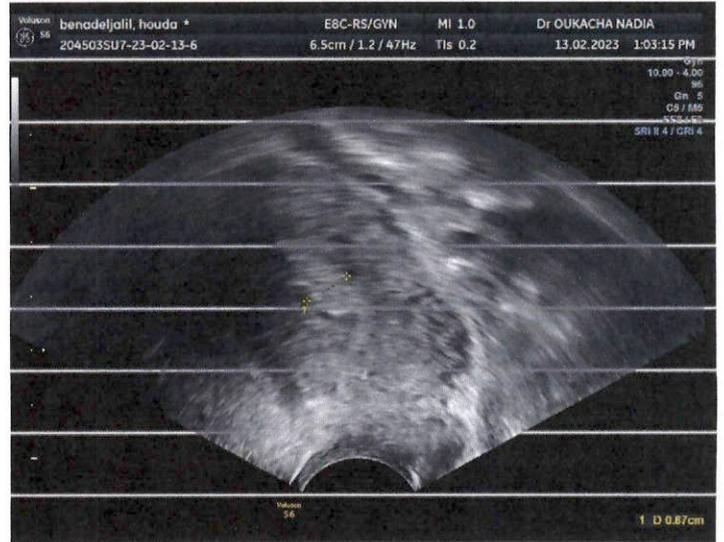
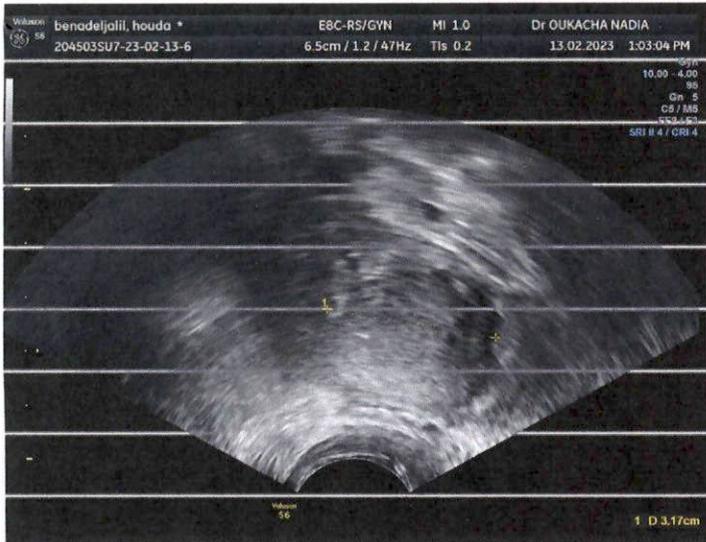
Commentaire

Utérus est de taille normale.
 endometre a 11 mm
 Les ovaires sont visualisés et sans anomalie notable.
 Les annexes sont normales.
 Cul de sac de Douglas est libre.

Conclusion:
 hypertrophie de l'endometre

Date: **13.02.2023** Praticien: _____ Échograph.: _____

Dr. Nadia OUKACHA
 Gynécologie - Obstétrique
 Médecine Mammaire
 125 Bd. Brahim Roudani - Casa
 tél: 0520 17 08 17 - 0520 17 08 18
 INPE: 091167130



Dr. Nadia OUKACHA
 Gynécologue - Obstétricienne
 Chirurgie Mammaire
 125 Bd. Brahim Roudani - Casa
 tél: 0520 17 08 17 - 0520 17 08 18
 INF: 091167130