

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030429

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : RAM 203469  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL OUGANI NAGAT uale KARITOUS  
 Date de naissance : 05.03.59  
 Adresse : Résidence EL Wadada Bd Moul  
 Berrachid  
 Tél. : 06.51.40.85.40 Total des frais engagés : 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/04/24  
 Nom et prénom du malade : EL OUGANI NAGAT Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : CPA pour l'histoire familiale  
 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 : Berrachid Le : 16/04/24  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023




# 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
16/09/24	C.P.A		200,00	

# 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
	16/09/24	E.C.G	100,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

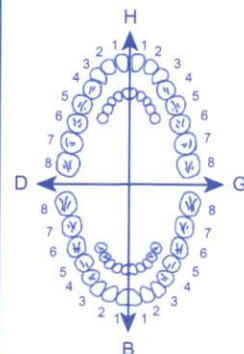
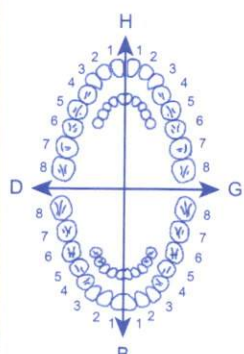
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

LE 16/04/2024

Bilan pré opératoire : ECG

Nom : EL DOJANI

Prénom : MAJAT

Rythme régulier sinusal, 77 battements par minute

Pas de troubles de repolarisation

DR. BEN SALAH MOUNT  
Anesthésie Réanimation  
Clinique chaouia  
3, Rue OKBA IBNOU NAFI  
Berrechid  
INPS: 061164067

ORDONNANCE

Berrechid, le 16.08.24

Mme EL OUAZAY Naydi

TP TCK

DR A. BENCHEKROUN  
SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE  
COELIOCHIRURGIE  
Clinique CHAOUIA Berrechid  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
INPE:061021515





مصلحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

## ORDONNANCE

Berrechid, le 16.08.24

Mr EL OUAJ, Najib

TP TR

DR A. BENCHEKROUN  
SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE  
COELIOCHIRURGIE  
Clinique CHAOUIA Berrechid  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
INPE:061021515







## FACTURE N° : 24005058

BERRECHID ..... : 17/04/2024  
Nom et Prénom ... : Madame Najat EL OUJANI  
Prescripteur .... : Dr. CLINIQUE CHAOUIA

CODE	ANALYSES	Clé	B/HN	PRIX EN DH
B 239	TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE	B	40	44,00
B 236	TAUX PROTHROMBINE SANS TRAITEMENT	B	40	44,00

Montant Net ..... : 100,00 Dhs (Soit 80 B/ 0 HN)

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
Cent Dirhams et zéro centime



INPE 063060990

Dr. A HAWAZINE

Dr. CLINIQUE CHAOUIA

Date du prélèvement : 17/04/24

Dossier édité le : 17/04/2024

Code Patient : 115747



Mme EL OUJANI Najat

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

170424 103

## HEMOSTASE

Valeurs de référence

Antécédents

## TAUX DE PROTHROMBINE :

Effectué sur l'automate de coagulation STA SATELLITE de STAGO

T.P . . . . . : 100 %

Témoin . . . . . : 100 %

I.N.R . . . . . : 1

VN ( 70 a 100 )

I.N.R.Valeurs conseillées

- Prévention recidives thromboses veineuses . . . . . 2 < INR < 3
- Prévention thromboses artérielles et sur prothèse valvulaire 2,5 < INR < 4
- Risque hémorragique . . . . . INR > 5

## TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE (T.C.A)

Effectué sur STAGO

Temps Patient . . . . . : 27,00 sec

Temps Témoin . . . . . : 30,00 sec

Rapport (Patient/ Témoin) : 0,90 (Adulte : &lt; à 1,20)

(Enfant : &lt; à 1,30)



INPE 063060990



patient

nom: *Abou Jara Nagaï*

prenom:

id:

CLINIQUE CHAQUIA

073P-B-00530

automat 25 mm/s 10/10 mm/mV 0.07-80Hz adapt synchro FC = 77

B T L

CLINIQUE CHAQUIA

073P-B-00530

