

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868

Société : RAM

903469

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL OUJANI NAGAT veuve KARLOWS

Date de naissance :

05.03.59

Adresse :

Résidence de El Malda Bd M 22 V  
Berrechid

Tél. :

06.51.42.85.40

Total des frais engagés : 400

Dhs

INPE 05164007  
Bermecid

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

3, RUE OKBA BEN NAFI  
Clinique Shabab  
Anesthésie Pédiatrique  
Dr. BEN SALAH EL AYMI  
Autre

Cachet du médecin :

Date de consultation :

16/04/24

Nom et prénom du malade :

EL OUJANI NAGAT

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CRA par l'hémostase

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 : Ben echid

26 AVR. 2024

ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) :

16/04/24

## 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
16/09/24	CPA		200,00	 Dr. Béatrice Assenhou Clinique Oksa 3, Rue de l'Indépendance BP 11640

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	16/04/24 16/04/24 16/04/24	ECG	100,000 100,000 100,000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{c c}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

LE 16/04/2024

Bilan pré opératoire : ECG

Nom : EL OUJANI

Prénom : NAJAT

Rythme régulier sinusal, 77 battements par minute

Pas de troubles de repolarisation

Dr. BEN SAAD M.D. M.D. M.D.  
Anesthésie Réanimation  
Clinique Chaoia  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
Berrechid  
INPS-061164067

ORDONNANCE

Berrechid, le 16.08.2014

Dr El Ouardi Nafie

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





## ORDONNANCE

Berrechid, le 16.04.24

Fme El Ouardi Nafit

TP TK

DR A. BENCHEKROUN  
SPECIALISTES 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

Avenue Mohamed V, Dar Hakami derrière la Préfecture de Police - Berrechid - Tél. : 05 22 32 88 49

Fax : 05 22 32 48 88 - E-mail : hazn.biolog@gmail.com - Patente : 40712914 - RC : 15608

ICE : 001638113000039 - Autorisation N° : 5814

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 à 100 )

I.N.R. Valeurs conseillées

- Prévention recidives thromboses veineuses ..... 2 &lt; INR &lt; 3

- Prévention thromboses artérielles et sur prothèse valvulaire 2,5 &lt; INR &lt; 4

- Risque hémorragique ..... INR &gt; 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

BTL-08 MT+ 16.04.2024 11343

Patent  
nom: Bob  
prénom: Bob  
id:

## CLINIQUE CHAOUA

073P-B-00530

ECG strip showing 12 leads (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6) with handwritten annotations 'CLINIQUE CHAOUA' and 'TIR 33 DE BEE REED ID 32 E2 25'.

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

073P-B-00530

BT-L-08 MT+ 16.04.2024 11:34:39 6.08.2000R100.46