

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

N° W21-615146

62778

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: **RA 8163** Société: **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom: **CHARIT ABDELGHANI**

Date de naissance: **15-07-1967**

Adresse: **56, hay messagouda R18 C1A CAS**

Tél: **0661946344** Total des frais engagés: **250,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin: **دكتور بلغمي رشيد**  
**Dr. BELGHMI Rachid**  
**Médecin Général**

Date de consultation: **23-02-2021**

Nom et prénom du malade: **Charit Abdelghani**

Lien de parenté: ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie:

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.

Faites 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: **CASIA**

Signature de l'adhérent(e):

Le: **23-02-2021**

**MUPRAS**  
**10 MARS 2021**  
**ACCUEIL**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- Reclamation: [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge: [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut: [adhesion@mupras.com](mailto: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 Assur Ben Abdellah - 6ème Etage Angl'Bus Mohamed Fakhri - Rue Assur Ben Abdellah - Quartier de Prestige  
Casablanca 20000 - Tél: 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax: 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

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
23 02 2018	0		150,00	INP: 0911049023 دكتور بلغمي رشيد BELGHMI Rachid

دكتور بلغمي رشيد  
Dr. BELGHMI Rachid  
Médecin Général

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORONIL</b> Dr BOUMAYEK KHAIR HOUD, Médecin Biologiste 18, Bd 6 Novembre C.D. TEL : 05 77 55 64 41	25.02.2020	3.90	110,00.DH

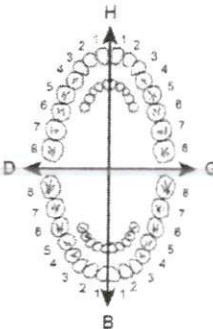
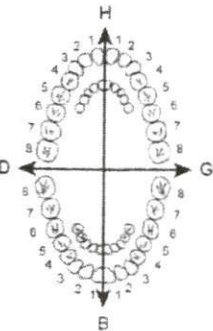
[illegible]

# 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	INP : <input type="text"/>												
				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"/>												
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00030000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00030000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	<b>D</b>	<b>G</b>														
	00030000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>B</b>															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The arch is supported by the piers. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Rachid BELGHMI**

Spécialiste en Médecine du Sport  
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي  
تخصص في الطب الرياضي  
الطب العام

وصفة طبية  
**ORDONNANCE**

le 23-02-2021

N° Chavit Abdelghani

Faire :

- urée
- creat
- G a J -

**LABONIL**

Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA  
Médecin Biologiste  
438, Bd 6 Novembre C D Cas  
TEL : 05 22 55 69 19 / 51

دكتور بلغمي رشيد  
Dr. BELGHMI Rachid  
Médecin Général

Laboratoire d'Analyses Médicales Labonil



مختبر النيل للتحليلات الطبية

دكتور هادي بن مسيك  
رئيس المختبر الطبي

Code INPE : 093061141



**FACTURE N° : 2102250023**

Casablanca le 25-02-2021

**Mr Abdelghani CHARIT**

Demande N° 2102250023

Date de l'examen : 25-02-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
0118	Créatinine	B30	B
	Urée	B30	B
	Glycémie	B30	B

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 110.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dix dirhams

**LABONIL**  
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA  
Médecin Biologiste  
438, Bd 6 Novembre C D Cas  
TEL : 05 22 55 69 49/50

**LABORATOIRE D'ANALYSES  
MÉDICALES LABONIL**

**Dr Houda BOUTAYEB KHAIR**

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Bactériologie - Mycologie - Hormonologie - Biologie - Neurologie - Gynécologie - Parasitologie - Spécimenologie - Hématologie



**مختبر النيل  
للتحاليل الطبية**

الدكتورة هدى بوطيب خير

طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية  
خريجة كلية الطب الدار البيضاء

Page 1/1

Prélèvement du : 25-02-2021  
Code Patient : 1711210013  
Date de naissance : 15-07-1967 (53 ans)

**Mr Abdelghani CHARIT**

N° du dossier : 2102250023

Médecin : Dr BELGHMI RACHID

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

**BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE**

**Urée**

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

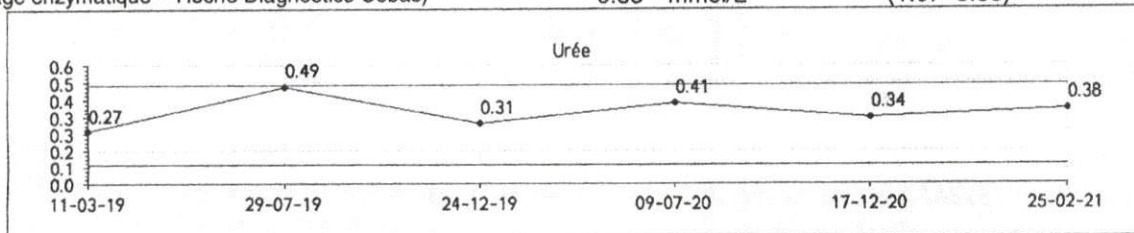
0.38 g/L

(0.10-0.50)

0.34

6.33 mmol/L

(1.67-8.33)



**Créatinine**

(Dosage cinétique de Jaffé - Roche Diagnostics Cobas)

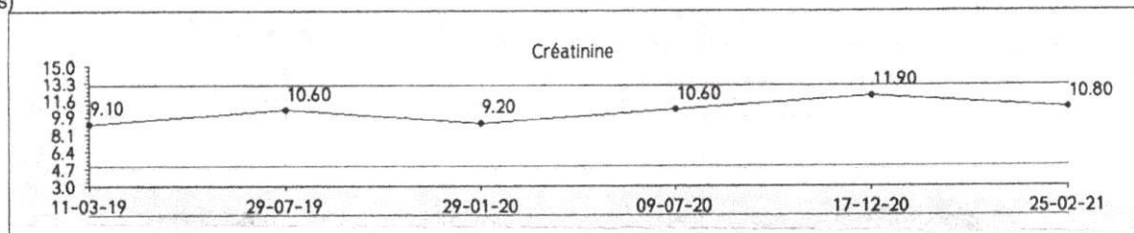
10.8 mg/L

(5.0-13.0)

11.9

95.6 µmol/L

(44.3-115.1)



**Glycémie à jeun**

(Hexokinase G6PD-H - Roche Diagnostics Cobas)

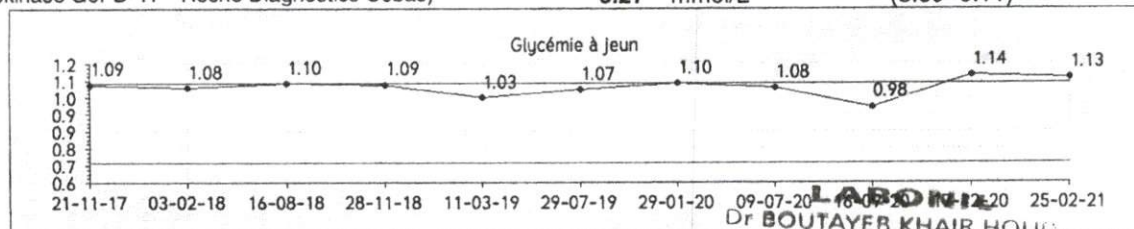
1.13 g/L

(0.70-1.10)

1.14

6.27 mmol/L

(3.89-6.11)



**LABONIL**  
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA  
Médecin Biologiste  
438, Bd 6 Novembre C.D.C.  
TEL : 05 22 55 69 05

Demande validée biologiquement par : Dr HOUDA BOUTAYEB