

## 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

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.

*Conseil*

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 7008 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : MU932C  
 Nom & Prénom : KTIRI JAVID  
 Date de naissance : 14-09-57  
 Adresse : HABITUELLE  
 Tél. : 5661373313 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age : 66

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.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

*SAYLE  
K. Javid*

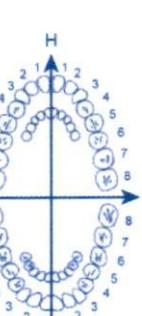
Le : 12 FEV 2023

*LAUZACHANE*

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
06/02/2023	S	5	5	INR 500 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Analyses Médicales Centre de Santé 1061 00018 02/2003		

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (empty)	<b>Nature des Soins</b> (empty)	<b>Coefficient</b> (empty)	INP : <input type="text"/>																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					H	G																
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
					D	G																
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																						

Dr. BENLARBI DELAÏ Bouchra

Spécialiste

الدكتورة بن العربي الدلائي بشرى

اختصاصية

En Endocrinologie - Maladies Métaboliques - Nutrition  
Diabète - Cholestérol - Obésité  
Lipolaser - Cryolipolyse - Radio Fréquence

في أمراض الغدد والتغذية

مرض السكري - الكوليسترول - السمنة

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

خريجة كلية الطب بتولوز

Rabat, le ..... الرباط، في .....

Khalil Tawfiq  
06 02 2023

- Hôpital  
- ORS

Dr. BENLARBI Delal Amar Bouchra  
Endocrinologue - Diabétologue  
Tel: 05 37 72 87 84  
GSM: 07 62 72 87 84  
IND: 101022901

Laboratoire d'Analyses Médicales  
Mamounia  
Dr. LAKHMI Amine - Biologiste  
INPE: 103001061  
ICE: 001613756000018  
Identifiant Fiscal: 33402903  
Av. Hassan II - Rabat



# مختبر المامونية للتحاليل الطبية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAMOUNIA

FACTURE N° : 1835/23

RABAT Le : 06/02/2023

Analyses effectuées le : 06/02/2023

Pour : Mr. KTIRI JAWAD

sur préscripteur du : DR BENLARBI AMAR

Code 039745/23

Code Acte dans la NABM	Acte de Biologie demandé	Cotation B	Prix en DH
119	HBA1C	B100	134
118	GLYPP	B30	40,2

Cotation B: 130
Prélèvement : 25,00 DH
Montant Net : 105,20 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
CENT QUATRE-VINGT-DIX-NEUF DHS ET VINGT CENTIMES



Amine LAKHMISSI Pharmacien Biograpiste  
Diplômé de l'Université de Montpellier

أمين الخميري صيدلي إحيائي  
خريج كلية مونبليي

إقامة المامونية، شارع الحسن الثاني - الرباط . الهاتف : 05 37 72 24 24 - 05 37 72 10 59 - 05 37 72 28 88  
Résidence Mamounia (Ex CTM), Angle AV Hassan II et Rue Beyrouth - Rabat - Tél : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 - Fax : 05 37 72 28 88  
البريد الإلكتروني : Email : labomamounia1@gmail.com  
C.N.S.S. : 2696287 - Pat n° 25100207 - R.C n° 53218 - ICE 001613756000018 53218 - س.ت : 25100207 - الضريبة المهنية : 2696287  
ص.و.ض.ج : 2696287



# مختبر المامونية للتحاليل الطبية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAMOUNIA

Référence : 230206981



039745/23

Prélèvement du 06/02/2023

Mr KTIRI JAWAD

Dr BENLARBI AMAR BOUCHRA

## EXAMEN DE SANG

## BIOCHIMIE

Analyses	Résultats		Normes	Antécédents
Hémoglobine glyquée (HbA1c)	* 8.74	%	4.4 - 6.4	-
Glycémie post-prandiale	* 2.53	g/l	< 1,4	-
Soit :	14.04	mmol/l	< 7,77	-

**Laboratoire d'Analyses Médicales  
Mamounia**  
**Dr. LAKHMIRI Amine - Biologiste**  
**INPE : 103001061**  
**ICE : 001613756000018**  
**Identifiant Fiscal : 33402903**  
**Av. Hassan II - Rabat**

Validé par Dr Amine LAKHMIRI le 06/02/2023



Amine LAKHMIRI Pharmacien Biogiste  
Diplômé de l'Université de Montpellier

أمين الخميري صيدلي إحيائي  
خريج كلية مونبليي

إقامة المامونية، شارع الحسن الثاني - الرباط . الهاتف : 05 37 72 24 24 - الفاكس : 05 37 72 10 59 - 05 37 72 28 88  
**Résidence Mamounia (Ex CTM), Angle AV Hassan II et Rue Beyrouth - Rabat - Tél : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 - Fax : 05 37 72 28 88**  
**Email : labomamounia1@gmail.com**  
**البريد الإلكتروني : labomamounia1@gmail.com**  
**C.N.S.S. : 2696287 - Pat n° 25100207 - R.C n° 53218 - ICE 001613756000018**  
**ص. و. ض. ج : 2696287 - الضريبة المهنية : 25100207 - س.ت : 53218**