

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N° P19- 0040900

ND^o 18585

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7008

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KTIRI JAHYAD

Date de naissance : 14/09/1957

Adresse : HABITATION

Tél. : 0661333313

Total des frais engagés : 159 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KTIRI MINA NISARIZI Age: 59 ANS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DIABETE

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.



29 JAN. 2024
ACCUEILL

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 : 26

Le : 29/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

K. JAHYAD

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

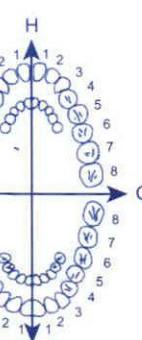
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE $ \begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array} $ [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khadija CHERGUI
Ophthalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux
Angiographie numérisée - Laser - OCT



Ancien Médecin attaché à l'hôpital
Militaire d'instruction Mohamed V - RABAT

الدكتورة خديجة الشركي
متخصصة في أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية المريمة - الليزر
فحص الشبكة بالليزر
طبيبة ملحقة سابقاً بالمستشفى
ال العسكري الدراسي محمد الخامس - الرباط

23 octobre 2019
Rabat, le : DEC

MME SAIZI MINA

EP - KIRI

Analyses :

HbA1c

Docteur Khadija CHERGUI
Ophthalmologiste
79, Av. Oqba, 1er étage - Agdal
Rabat / Tel : 05 37 77 77 55

Dr. LABHMIR / Dr. SAIZI MINA - Biologiste
Laboratoire d'Analyses Médicales
Nanomunia - Rabat
CE : 001252321 - 33400002903
AV. Hessequa 1, Rabat
Dernier étage

ICE 001613756000018

Facture n° 131815

RABAT LE : 27/01/2020

Analyses effectuées le: 27/01/2020

Pour.....: **Mme KTIRI MINA**

Sur prescription du: Dr CHERGUI KHADIJA

Code.....: 4IL9515



Organisme.....:

Bilan:

HBA1C

Cotation : (B 100)

Montant Net : 159.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT CINQUANTE NEUF Dhs 00 Cts

ICE 00161375600018
D. LAKHMI
Laboratoire d'Analyses Médicales
Mamounia - Biologiste
1030001061 - 25100207 - 53218
Rue Beyrouth - AV. Hassan II - Rabat
Diplômé de l'Université de Montpellier



Amine LAKHMI Pharmacien Biogiste
Diplômé de l'Université de Montpellier

أمين الخميري صيدلي إحياني
خريج كلية مونبليي

إقامة المامونية ، شارع الحسن الثاني - الرباط . الهاتف : 05 37 72 28 88 . الفاكس : 05 37 72 10 59 - 05 37 72 24 24 .

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
C.N.S.S. : 2696287 - Pat n° : 25100207 - R.C n° 53218 - ICE 001613756000018 - س.ت : 53218 - الضريبة المهنية : 25100207 - ص.و.ض.ج : 2696287



مختبر المامونية للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAMOUNIA

Prélèvement du : 27/01/2020



4IL9515

Référence : 50127582 27/01/2020
Mme KTIRI MINA
 Médecin: **Dr. CHERGUI KHADIJA**

BIOCHIMIE

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Hémoglobine glyquée (HbA1c) .. : 6.83	% (4.40 à 6.40)		

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



103001061

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 28 88 - 05 37 72 10 59 - 05 37 72 24 24 . الفاكس : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 . Fax : 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
 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 : 05 37 72 28 88