

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

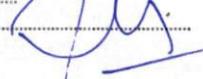
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | R 0678 | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | Société : |
| Nom & Prénom : Mamri Zouhida | | | |
| Date de naissance : 22/10/1945 | | | |
| Adresse : 27-5 BL Bouiblane appt 4 AGDAL-Rabat | | | |
| Résidence Al Kasbah | | | |
| Tél. : 0661223402 | Total des frais engagés : 430,- | Dhs | |

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <p>Cachet du médecin : </p> <p>Dr. Hind TEMSAMANI Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale 32, Rue Abou Darr Agdal - Rabat tél.: 05 27 67 16 13 GSM : 06 58 64 15</p> | | | |
| Date de consultation : | 20/02/2023 | Age : | 1945 |
| Nom et prénom du malade : Mamri Zouhida | | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : affection | | | |
| 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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Rabat Le : 27/01/2023
Signature de l'adhérent(e) : 

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 27/08/13 | CS (2,5) | | <p style="text-align: center;">Spécialiste en Problème de Laryngologie en Chirurgie Cervico-Faciale Dr. Béchir Abou Derr Agdal - Raba Téléphone : 0637 87 16 3 GSM : 0659 64 15</p> <p style="text-align: right;">101174498</p> | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| IMMC CELL Institut d'Anatomie et de Cellule Dr. V. Tchernia Boulevard de l'Europe 15 42122 Saint-Etienne Cedex 2 Tél. 04 77 42 72-59 Fax : 04 77 42 72-53 E-mail : Secretariat@immc-cell.fr Tél. 04 77 61189 | 24.01.23 | BIN 80 % x 9 | 180 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Participant | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| Eduardo | 2010-01-01 | | | | | |
| | 2010-01-01 | | | | | |
| | 2010-01-01 | | | | | |
| | 2010-01-01 | | | | | |
| | 2010-01-01 | | | | | |

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] |
|--|--|----------------------|----------------------|----------------------------|
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DEBUT D'EXÉCUTION [] |
| | | | | FIN D'EXÉCUTION [] |
| O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | CŒFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | D | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | MONTANTS DES SOINS [] |
| | B | | | DATE DU DEVIS [] |
| | | | | DATE DE L'EXÉCUTION [] |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION | | | | |

Dr Hind TEMSAMANI

Spécialiste en otorhinolaryngologie et chirurgie
cervicofaciale

Praticienne des Hôpitaux des Armées Françaises.
Médecin Commandant (ER) Forces Armées Royales.

Ex-médecin de l'Hôpital Militaire Med V

Diplômée en médecine aéronautique (PERCY)

Explorations fonctionnelles en ORL : vertiges et troubles de
l'équilibre, vidéo-nystagmographie, troubles de l'audition,
troubles et tests de déglutition, vidéo-endoscopie

د هند التمساني

أخصائية للأذن، الأنف والحنجرة و جراحة الوجه والعنق

خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية (فال كراسدو)

طبيبة من رتبة رائد سابقًا في القوات المسلحة الملكية

طبيبة سابقة في المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس

خبيرة في طب الطيران (مستشفى بيرسي)

الكشف الوظيفي في طب الأنف والأذن والحنجرة: الدوخة و

اضطرابات التوازن، تقييم الدوخة عن طريق تسجيل حركة العين

ضعف السمع، اضطرابات البلع، التنظير الطبي

Rabat, le 27/01/23 :

ORDONNANCE Mme. Zoubida MAMRI :

Faire SVP :

- Sérologie Helicobacter pylori

MERCI

IMMCELL مختبر النقلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Y. TAOUFIK
55, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 42 72 - Fax: 0537 67 43 12
Email : secretariat@immcell.com

Dr. Hind TEMSAMANI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
32, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 16 13 - GSM : 0659 64 15
Barcode: 01174498

IMMCELL مختبر النقلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Y. TAOUFIK
55, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 42 72 - Fax: 0537 67 43 12
Email : secretariat@immcell.com

32, rue Abou Derr - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 67 16 13 / 06 61327332

Prélèvement du : 27-01-2023
Références : 2301272015
Edition : 30-01-2023

Mme MAMRI ZOUBIDA
Date de naissance : 22-08-1945
Age : 77 ans
Code Patient : 1705112007
Médecin : Dr TEMSAMANI Hind

SEROLOGIES BACTERIENNES, PARASITAIRES ET FONGIQUES

Sérologie Hélicobacter Pylori:

26-05-2021

Résultat:
(Anti- Helicobacter Pylori (IgG), ELISA, Euroimmun)

12.00 RU / mL

6.65

Conclusion:

Sérologie Négative

Interprétation:
Résultat < 16 RU/mL: Sérologie Négative.
Résultat entre 16 et 22 RU/mL: Résultat Equivoque.
Résultat > 22 RU /mL: Sérologie Positive.

Demande validée biologiquement par : Dr. Yassine TAOUIK


IMMCELL
مختبر التحاليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr Y. TAOUFIK
55, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 42 72-Fax: 0537 67 43 12
Email : secretariat@immcell.com

Page : 1/1

ImmCell, Analyses Médicales Spécialisées



103061180

FACTURE N° : 2301272015

Rabat le 27-01-2023

Mme ZOUBIDA MAMRI

Date de l'examen : 27-01-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|---------------------|------|-------|
| 9105 | Prélèvement sanguin | E25 | E |
| 0270 | Hélicobacter pylori | B180 | B |

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 180 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirhams

Numéro d'autorisation : 9273 - INPE : 103061180 - Patente : 58138 - ICE : 001838426000017 -
RIB : 011.810.0000.14.200.00.06255.24

IMMCELL
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Y. TAOUIFIK
55 Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 42 72 - Fax: 0537 67 43 12
Email: secretariat@immcell.com