

## 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.

### 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-568443

Par  
cousin

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 10678 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : Mamri Zoukadi  
Date de naissance : 22/08/1945  
Adresse : 275 Bd Bouiblane apt 4 NG-DAL-Rabat  
Résidence Alkashah  
Tél. : 96123402 Total des frais engagés : 430.- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hind TEMSAMANI  
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
32, Rue Abou Darr. Agdal - Rabat  
tél. : 0687 67 16 13 GSM : 0650 04 15  
Date de consultation : 27/01/2023  
Nom et prénom du malade : Mamri Zoukadi Age : 1945  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : affection ORL  
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 : Rabat Le : 27 / 01 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



### 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
27/01/23	SS	(21)	2500	Spécialiste en Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale Dr. Aggad - Raba Tél: 0537 87 16 13 GSM: 0659 64 15 01174498

### 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
	27.01.23	B180 + P x P	180 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : <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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 نالأمراض و الأنف و الحنجرة و جراحة الوجهوالعق

خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية (فال كراسدو)

طبيبة من رتبة رائد سابقا في القوات المسلحة الملكية

طبيبة سابقا في المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس

خبيرة في طب الطيران (مستشفى بيرسي)

الكشف الوظيفي في طب الأنف و الأذن و الحنجرة: 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

**مختبر التحليلات الطبية**  
**IMMCELL**  
**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



**مختبر التحليلات الطبية**  
**IMMCELL**  
**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 Helicobacter Pylori:**

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

12.00 RU / mL

26-05-2021  
6.65

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 TAOUFIK

  
**IMMCELL**  
مختبر التحليلات 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

**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	Helicobacter 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 - IF : 15278416 -  
RIB : 011.810.0000.14.200.00.06255.24**IMMCELL**  
مختبر التحليلات 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