

# 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

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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5281

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khafig Asema

Date de naissance : 1959

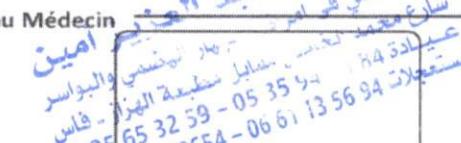
Adresse :

Tél. 0673203841

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/01/23

Nom et prénom du malade : KHAFIF ASSMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : gastrite Antro - fundoplication

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'at-médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

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
08/11/2023 - 1	E.I.B	300 PTT		INP AUNDO 9124 شاعر المختار جعفر بن مالك جعفر بن مالك

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Rihab Fès	06-11-2023	345,10

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

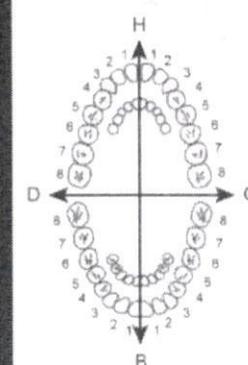
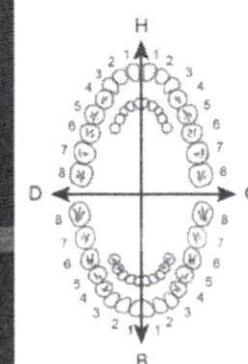
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Rihab Fès - Laboratoire d'Analyses Médicales Rihab Fès - Laboratoire de Biologie Médicale Avenue Amal Alia, Espace Rihab Fès-Fès Tél : 0521 032103 - Fax : 0535 621039 INPE : 143061133	10-11-23	B 4,10	3.00.00 D.H

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitées										
			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
			MONTANTS DES SOINS									
			DEBUT D'EXECUTION									
			FIN D'EXECUTION									
			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
			MONTANTS DES SOINS									
			DATE DU DEVIS									
			DATE DE L'EXECUTION									
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
B	35533411	11433553										
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE									



# Dr. Abdelaziz Amine

SPÉCIALISTE  
des Maladies de l'Appareil Digestif  
Hémorroïdes  
(Foie- Vésicule Biliaire - Pancréas - Estomac - Intestins)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
ECHOGRAPHIE  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Nantes France  
Ancien Assistant des Hôpitaux de France



# الدكتور عبد العزيز أمين

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

والبواسير

المراة، الكبدة، البنكرياس، المعدة، الأمعاء

الكشف بالمنظار

التخفيص بالأمواج الصوتية

خريج كلية الطب بجامعة فرنسا

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

Fès, le : ٥٨١ ١١١ ٢٥٣ فاس في

- KHAFIF ASSIA -  
١٩٥ - ROSSAGE VET BIZ



الدكتور عبد العزيز أمين  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والبواسير  
شارع محمد الخامس حي باب مطععة هزار - فاس  
عيادة بندر هزار - فاس  
05 35 65 32 59 - 05 35 94 38 84  
05 35 65 32 59 - 06 61 13 56 84  
INPE 141009654 - 06 61 13 56 84

## Laboratoire d'Analyses Médicales

Rihab Fès

Dr. Najoua BENSEDDIK  
Médecin Spécialiste en Biologie Médicale  
Av. Allal Ben Abdellah, Espace Rihab Fès-Fès  
Tél. 0535 62 10 82/83 - FAX 0535 62 10 89  
INPE : 142061122

شارع محمد الخامس (مقابل مطبعة هزار) - فاس

34, Bd. Med V (En face Imp Hazzaz) - Fès

العيادة : 05 35 65 32 59 - 05 35 94 38 94  
06 61 13 56 94 / استعجالات :

E-mail : aamine115@gmail.com

**مختبر رحاب فاس للتحاليل الطبية**  
**Laboratoire Rihab - Fès D'analyses médicales**

**Dr. Najoua BENSEDDIK**

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Ex. Médecin au CHU Hassan II de Fès

et de l'Hôpital Militaire Moulay Ismaïl de Meknès



**FACTURE N° : 230021464**

Fès le 10-11-2023

Demande N° 2311102036

**Médecin**

**Dr AMINE ABDELAZIZ**

**Nom et Prénom du patient**

**Mme ASSIA KHAFIF**

**Examens :**

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B10
0438	Vitamine B12	B400

**Cotation : B 410**

**Montant : 300 DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cents dirhams**

Dr. Najoua BENSEDDIK  
Laboratoire Rihab - Fès  
L'objectif d'Analyses Médicales  
Médicale Spécialisée en Biologie Médicale  
Av. A. Ben Abdellah, B. Rihab Fès-Fès  
Tél. 0535 62 10 82/83 - Fax 0535 62 10 89  
INPE : 143061133



# مختبر رحاب فاس للتحاليل الطبية

## Laboratoire Rihab - Fès D'analyses médicales

Dr. Najoua BENSEDDIK

Médecin Biologiste

Lauréates de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Ex. Médecins au CHU Hassan II de Fès et de l'Hôpital Militaire Moulay Ismaïl de Meknès



**Mme ASSIA KHAFIF**

Né(e) le : 08-07-1959

Référence : 2311102036

Préscripteur : Dr ABDELAZIZ AMINE

Date : 10-11-2023 à 09:23

Date d'édition : 10-11-2023



Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

### VITAMINOLOGIE

#### Vitamine B12

(Chimiluminescence )

321.00 pg/mL

(197.00-771.00)

*Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement.*

Demande validée biologiquement