

# 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.

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

247805

Kd

Déclaration de Maladie : N° P19-0017572

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3168 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KHOMSI FATIHA Date de naissance : 01/05/1958

Adresse : 18, Rés Youssef Rue Fariz Apt 12 Fes. Ave Allal B Abdellah.

Tél. : 0661 412255 Total des frais engagés : 1800.00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2023

Nom et prénom du malade : ISHOMSI Fatiha Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : EPIGASTRICALGIE

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 : Fes Le : 17/01/2023

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
14/10/2023			330	Dr. Mokhtar Aloui - Gastro - enteropne
			700,50	Hépato 13, Rue Mokhtar Soussi - FES / Tel Med V Kissida passage du Louche - GSM : 06 61 79 91 67 / INPE 14111477
			250	MZEKRI Ihsane

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. AMMOUZI	24/01/2023	Puru	500,00 HT

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

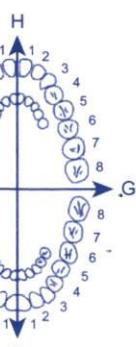
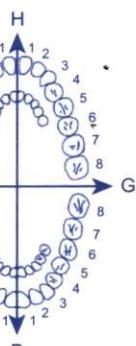
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la ~~définition~~, 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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table 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;">B</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> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	B														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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**



عيادة د. عمور للتشریح الدقيق والخلايا  
CABINET Dr. AMMOR D'ANATOMIE & CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUE

د. عمور جواد

DOCTEUR AMMOR JAOUAD

اختصاصي في تحاليل التشریح المرضي والخلايا  
Spécialiste en Anatomie et Cytologie Pathologique

## FACTURE

Nom du malade : KHOMSI FATHIA .

Examen cytologique :

Examen anatomo-pathologique :

Biopsies gastriques .

Pièce opératoire :

Référence : Puru .

Montant : cinquante dirhams . 500 DT .



Dr. AMMOR Jaouad  
Anatomie et Cyto Pathologique  
Bureaux Nakhil 64 Av Slaoui V.N - FES  
TEL. 05 35 65 33 33

Le : ٢٤/٠١/٢٠٢٣ .

Professeur Taoufiq HARMOUCH  
Anatomopathologiste

البروفيسور. توفيق هرموش  
أخصائي علم الترشيح المرضي

## DEMANDE D'EXAMEN

NOM DU PATIENT :

Mme Khomri Falika

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Dr : Mrani Aloui Sould (S)

AGE : 65 ans

NATURE ET SIEGE DU PRELEVEMENT :

Bcgs 11  
recln 15

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Dr. AMMOR Jaouad  
Anatomie et Cyté Pathologique  
Bureaux Nakhil 64 Avenue Slaoui 2ème Etage - FES  
TEL: 05.35.65.33.33

Dr. Mrani Aloui Mohamed Sould  
Hépato - Gastro - Entérologue  
13, Rue Mokhtar Soussi , Bd Med V  
Kissaria Pastaga 14.66 . du marche . FES  
Tél : 05.35.65.14.66 . GSM : 06.61.19.91.67

Coursier : 06 76 46 98 61

05.35.65.33.33 شارع السلاوي الطابق الثاني (أمام نادي التعليم) - فاس - الهاتف والفاكس  
Bureaux Nakhil 64 Avenue Slaoui 2ème Etage - FES - Tél & Fax : 05.35.65.33.33  
GSM: 06.61.35.00.14 - E-mail:taoufhar@yahoo.fr



**DOCTEUR AMMOR JAOUAD**

Spécialiste en Anatomie  
et Cytologie Pathologique

**عيادة د. عمور للتشریح الدقيق والخلايا**  
CABINET Dr. AMMOR D'ANATOMIE & CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUE



**الدكتور عمور جواد**

اختصاصي في تحاليل  
التشریح المرضي والخلايا

**IDENTITE DU MALADE : KHOMSI FATIHA**

**REFERENCE: 158I23B**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR: Dr MRANI**

**RC: :Recherche d'HP.**

Fès, le 24/01/2023

### **BIOPSIES GASTRIQUES**

Reçus 3 fragments de 1 à 2 mm.

#### **HISTOLOGIE :**

Selon Sydney system

Antrofundite chronique folliculaire , légèrement atrophique, d'activité modérée , sans métaplasie intestinale ni dysplasie. HP+++

#### **CONCLUSION :**

Antrofundite chronique folliculaire , légèrement atrophique,  
d'activité modérée HP+++



**Dr. AMMOR Jaouad**  
Anatomie et Cytologie Pathologique  
Bureaux Nakhil 64 Avenue Slaoui V.N - FES  
TEL. 05 35 65 33 33



# مصحة الرازى

## CLINIQUE AR-RAZI

### Clinique AR-RAZI

Fes Le : 17/01/2023

#### Facture N° 498/23

Etablie par ASSIA CONTROL Page 1/1

##### Identification

N° Dossier : X3A17989

N° Identifiant : 2301752/23

**Nom & Prénom : KHOMSI FATIHA**

C.I.N. : C106914

Date Début : 17/01/2023

Date Fin : 17/01/2023

Adresse :

Traitement : Acte medical

Médecin : DR MRANI ALAOUI MED SAID

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>ACTES CHIRURGICAUX</b>					
Bloc opératoire	1	350,00			350,00
Total Rubrique :					350,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Dr. DR MRANI ALAOUI MED SAID (GASTROLOGUE)	1	700,00			700,00
Dr. DR BENZEKRI IHSANE (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	250,00			250,00
Total Rubrique :					950,00
<b>PARTIE-HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					
<b>TOTAL FACTURE</b>					
<b>1 300,00</b>					

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

*Mille trois cents Dirhams*

Cachet et signature





# مصحة الرازى CLINIQUE AR-RAZI

## FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE

Date : le 17/01/2023

Nom et prénom du patient : Mme KHOMSI FATIHA

Age : 65 ans

Opérateur : Dr MRANI

Anesthésiste : DR BENZEKRI

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : EPIGASTRALGIE

#### COMPTE RENDU :

- o Œsophage : Normal, cardia en place.
- o Estomac : normal
- o Bulbe : Normal
- o Duodénum : normal
- o Biopsie gastrique, recherche HP.

CLINIQUE AR-RAZI  
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES  
Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89  
Fax : 05 35 96 86 69  
INPE : 140062001

Dr. Mrani Alaoui Mohamed Said  
13, Rue Dokhtar Soussi, Ed Mad V  
Kissaria, Casablanca, Maroc  
Tél : 05 22 65 70 00 / GSM : 06 61 19 91 67  
**DR MRANI ALAOUI SAID**



# مصحة الرازى CLINIQUE AR-RAZI

DATE: 17/01/2023

## NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. DR BENZEKRI IHSANE

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle : Tél :

Spécialité : ANESTHESISTE REANIMATEUR N° C.N.S.S. :

I.F. : Taxe Prof. : I.C.E. :

N° Facture : 498/23 N° Dossier : X3A17989

Patient : KHOMSI FATIHA

Montant honoraire : 250.00

CLINIQUE AR-RAZI  
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES  
Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89  
Fax : 05 35 96 86 69  
INPE : 140062001

Dr. BENZEKRI Ihsane  
—Anesthésie - Réanimation—  
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES  
INPE : 141057679

I.F : 15185471 - Patente : 13070722 - CNSS : 9949423 - - ICE : 001632807000032

N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 / 05 35 96 35 15 • Fax : 05 35 96 86 69  
GSM : 06 66 04 69 15 • E-mail : cliniquearrazzi@gmail.com



# مصحة الرازى CLINIQUE AR-RAZI

DATE: 17/01/2023

## NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. DR MRANI ALAOUI MED

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle : Tél : 06.61.19.91.67

Spécialité : GASTROLOGUE

N° C.N.S.S. :

I.F. :

Taxe Prof. :

I.C.E. :

N° Facture : 498/23

N° Dossier : X3A17989

Patient : KHOMSI FATIHA

Montant honoraire : 700.00

**CLINIQUE ARRAZI**  
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES  
Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89  
Fax : 05 35 96 86 69  
INPE : 140062001

Dr. Mrani Alaoui Mohamed Said  
Hépato - Gastro - Entérologue  
13, Rue Mokhtar Soussi, 8d Med V Kissaria  
passage du marché - FES / tél : 05 35 65 14 66  
Gsm : 06 61 19 91 67 / INPE 14111477

I.F : 15185471 - Patente : 13070722 - CNSS : 9949423 - - ICE : 001632807000032

N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 / 05 35 96 35 15 • Fax : 05 35 96 86 69  
GSM : 06 66 04 69 15 • E-mail : cliniquearrazi@gmail.com

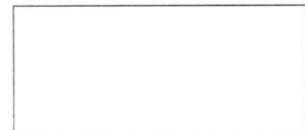


# مصحة الرازى CLINIQUE AR-RAZI

DATE: 17/01/2023

## NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. DR BENZEKRI IHSANE



Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle : Tél :

Spécialité : ANESTHESISTE REANIMATEUR N° C.N.S.S. :

I.F. : Taxe Prof. : I.C.E. :

N° Facture : 498/23 N° Dossier : X3A17989

Patient,: KHOMSI FATIHA

Montant honoraire : 250.00

**CLINIQUE AR-RAZI**  
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES  
Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89  
Fax : 05 35 96 86 69  
INPE : 140062001

**Dr. BENZEKRI Ihsane**  
—Anesthésie - Réanimation —  
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES  
INPE : 141057679



# مصحة الرازى CLINIQUE AR-RAZI

DATE: 17/01/2023

## NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. DR MRANI ALAOUI MED

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle : Tél : 06.61.19.91.67

Spécialité : GASTROLOGUE N° C.N.S.S. :

I.F. : Taxe Prof. : I.C.E. :

N° Facture : 498/23 N° Dossier : X3A17989

Patient : KHOMSI FATIHA

Montant honoraire : 700.00

**CLINIQUE AR-RAZI**  
N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES  
Tél: 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89  
Fax: 05 35 96 86 69  
INPE: 140062001

**Dr. Mrani Alaoui Mohamed Said**  
Hépato - Gastro - Entérologue  
13 Rue Mokhtar Souissi, Bd Med V Kissaria  
passage du marché - FES / Tél: 05 35 65 14 66  
Gsm: 06 61 19 91 67 / INPE 141114777

I.F : 15185471 - Patente : 13070722 - CNSS : 9949423 - - ICE : 001632807000032

N° 10, Hay Anas 3, Route Ain Chkef - FES • Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89 / 05 35 96 35 15 • Fax : 05 35 96 86 69  
GSM : 06 66 04 69 15 • E-mail : cliniquearrazzi@gmail.com