

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.



247805 K.d

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. Fousser Rue Jazir Apt 12 Fes. Av. Allal B. Abdellah
Tél : 0661 412255 Total des frais engagés : 1800.00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14/01/2023
Nom et prénom du malade : Khomsi Fatima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : E pigmalque
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) :

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 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicament attestant le Paiement des Actes
15/01/23			350,00	
			700,00	
			250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de l'Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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																	
				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 CCEFFICIENT 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 colspan="2">G</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	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	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



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

د. عمور جواد

DOCTEUR AMMOR JAOUAD

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

FACTURE

Nom du malade : KHOMSI FATIHA .

Examen cytologique :

Examen anatomopathologique :

Biopsies gastriques .

Pièce opératoire :

Référence : Puru .

Montant : cinq cent dix-huit 500,18 .

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

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

Le : 24/01/2023 .



مختبر د. عمور للتشريح الدقيق والخلايا
LABORATOIRE Dr. AMMOR D'ANATOMIE & CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES

Professeur Taoufiq HARMOUCH
Anatomopathologiste

البروفيسور. توفيق هرموش
أخصائي علم الترشيح المرضي

DEMANDE D'EXAMEN

NOM DU PATIENT :

Mme Khemmi Fatima

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Dr: Mrani Mohamed Said
(S)

AGE : 65 ans

NATURE ET SIEGE DU PRELEVEMENT :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Bien sûr !
reçu Hk

Dr. AMMOR Jaouad
Anatomie et Cyto Pathologique
Bureaux Nakhil 64 Av. Slaoui V.N. - FES
Tél. 05.35.65.33.33

Dr. Mrani Mohamed Said
Hépatite - Gastro - entérologie
13, Rue Mokhtar Soussi, Bd Med V
Kissara passage du marché - FES
Tél. 05.35.65.14.88 - Gsm : 06.61.19.91.67

Coursier : 06 76 46 98 61

مكاتب النخيل 64 شارع السلاوي الطابق الثاني (أمام نادي التعليم) - فاس - الهاتف و الفاكس 05.35.65.33.33
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 للتشريح الدقيق والخلايا

CABINET Dr. AMMOR D'ANATOMIE & CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUE



الدكتور عمور جواد

اختصاصي في تحاليل
التشريح 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 Av Slaoui V.N - FES
TEL. 05 35 65 33 33



مصحة الرازي

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
ACTES CHIRURGICAUX					
Bloc opératoire	1	350,00			350,00
Total Rubrique :					350,00
PARTIE CLINIQUE :					350,00
HONORAIRES MEDICAUX					
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
PARTIE-HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					950,00
TOTAL FACTURE					1 300,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille trois cents Dirhams

Cachet et signature

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

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 الرازي 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 : 140262001

Dr. Mrani Alaoui Mohamed Said
Gastro - Gastro - entérologie
13, Route Soussou du marché - FES
Kissaria 35000
Tél : 05 35 96 88 88 / 05 35 96 88 89

DR MRANI ALAOUI SAID



مصحّة الرازي

CLINIQUE AR-RAZI

DATE: 17/01/2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. DR BENZEKRI IHSANE

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle :

Tél :

Specialité : 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 : cliniquearrazi@gmail.com



مصحة الرازي

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

Specialité : 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
Hépatologie - Gastro-entérologue
13, Rue Mokhtar Soussi, Bd Med V Kissaia
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 : cliniquearrazi@gmail.com



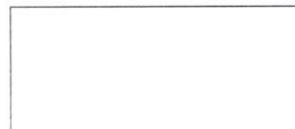
مصحة الرازي

CLINIQUE AR-RAZI

DATE: 17/01/2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. DR BENZEKRI IHSANE



Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle :

Tél :

Specialité : 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 : cliniquearrazi@gmail.com



مصحّة الرازي

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

Specialité : 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
Hépat - Gastro - Entérologue
13, Rue Mokhtar Soussi, Bd Med V Kissanah
passage du marché - FES / Tél : 05 35 65 14 66
Gsm : 06 61 19 91 67 / INPE 14114777

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