

# POLYCLINIQUE DE RABAT

MULTIDISCIPLINAIRE  
8 Rue de Tunis Hassan  
Tél : 05 37 20 61 61 Fax: 05 37 20 49 16

Guer

195415

## F A C T U R E

N° : 497 / 2024 du 04/03/2024

Nom patient **MAAROUFI JAMAL EDDINE**

Entrée 20/02/2024

Prise en charge **MUPRAS**

Sortie 22/02/2024



Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE	2.00	CH	400.00	800.00
BLOC OPERATOIRE	80.00	K	25.00	2 000.00
			Sous-Total	2 800.00
PHARMACIE	80.00	PH	15.00	1 200.00
			Sous-Total	1 200.00
<b>Total Clinique</b>				<b>4 000.00</b>

DR. BELAHNECH ZAKARIA (urologue)	80.00	K80	30.00	2 400.00
DR. LAHYANI HIND (rean. anesthes)	30.00	A40	30.00	900.00
			Sous-Total	3 300.00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>3 300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 7 300.00**

Immatriculation :

Adhérent :

Affiliation :

N° prise en charge :

Cin :

Part organisme 6 100.00

Part patient 1 200.00

# POLYCLINIQUE DE RABAT

MULTIDISCIPLINAIRE

8 Rue de Tunis Hassan

Tél : 05 37 20 61 61 Fax: 05 37 20 49 16

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N°

497 / 2024 du 04/03/2024

Nom patient : MAAROUFI JAMAL EDDINE

Entrée 20/02/2024

Prise en charge MUPRAS

Sortie 22/02/2024

N° prise en charge

Total ticket modérateur

1 200.00

مصحة الرباط  
Polyclinique de Rabat  
8, Rue de Tunis, Quartier Hassan  
Rabat - Tél. : 05 37 20 49 14/15  
INPS : 100004225

Signature

مصحة الرباط  
Polyclinique de Rabat  
8, Rue de Tunis, Quartier Hassan  
Rabat - Tél. : 05 37 20 49 14/15  
INPS : 100004225

Le : 22/02/2024

Références

0 / 240222122223000713

MUPRAS

Entrée / Sortie : 20/02/2024 - 22/02/2024

Le Dr. LAHYANI HIND

présente à Mr MAAROUFI JAMAL EDDINE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
900.00 Dhs (NEUF CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

**Dr. LAHYANI Hind**  
Réanimation Anesthésie  
8, rue de Tunis-Hassan - Rabat  
Tél : 06 32 41 01 01 - INPE : 101261204

Cachet et signature

Le : 22/02/2024

Références

0 / 240222122206000712

MUPRAS

Entrée / Sortie : 20/02/2024 - 22/02/2024

Le Dr. BELAHNECH ZAKARIA

présente à Mr MAAROUFI JAMAL EDDINE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
2 400.00 Dhs (DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Professeur BELAHNECH Zakaria  
Chirurgien - Urologue  
4, rue le Caire, Hassan - Rabat  
INPE: 101111580-IE: 001858686000077

Cachet et signature



Le 20 février 2024

POLYCLINIQUE DE RABAT  
8 RUE TUNIS QUARTIER HASSAN  
RAB, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**  
**Identifiant adhérent : 0001690\_1944-08-07\_JAMAL EDDINE**  
**N/REF : 20240510027149**  
**Adhérent : MAAROUFI JAMAL EDDINE**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de JAMAL EDDINE MAAROUFI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 6435.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1265.00 MAD

Validité de prise en charge : du 20-02-2024 au 20-05-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à JAMAL EDDINE MAAROUFI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
  - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
  - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
  - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



\* (K114) K89/30

Rabat

**COMPTE RENDU OPERATOIRE**

Nom prénoms :

MAAROUFI Jamal Eddine

Diagnostic :

Exposée tumeur hémibijonale

Intervention :

Excoche en Z passant de l'aponeurose et  
Excoche musculaire

Anesthésiste :

Resection endoscopique de tumeur de crâne

CRO :

Rachimouh

- position de Dalt

- Excoche de resection ch 26 sym  
bipolaire

- resection laboveneuse d'une tumeur  
pediculée avec à large base implantation

Resection en 2 Etapes : partie  
superficielle puis profonde

Hémostase + Suture double courbe

vingt clair + + +

**Professeur BELHNECH Zakaria**  
Chirurgien - Urologue  
4, Rue le Caire, Hassan - Rabat  
Tél.: 05 37 72 99 07  
INPE: 10111690 ICE: 001858686000077

NB tumeur d'origine cutanée



ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية  
البطاقة الوطنية للتعريف

جمال الدين  
المعروفي

JAMAL EDDINE  
MAAROUFI

07 08 1944

مزداد بتاريخ  
ب الرباط حسان الرباط

RABAT HASSAN RABAT

المدير العام للأمن الوطني  
عبد اللطيف حموشي

0661-77-43-70

N° A19306

Valable jusqu'au 02.03.2031

CAN 170401

العنوان قطاع 8 اقامة جولانار الشقة 3 عمارة ب حي الرياض الرباط  
Adresse SECTEUR 8 RES JOULANAR APPT 3 IMM B HAY RYAD RABAT

IDMAROPIONWOH<3A19306<<<<<<<<  
4408073M3103027MAR<<<<<<<<<3  
MAAROUFI<<JAMAL<EDDINE<<<<<<<



# POLYCLINIQUE DE RABAT

MULTIDISCIPLINAIRE

8 Rue de Tunis Hassan

Tél : 05 37 20 61 61 Fax: 05 37 20 49 16

RABAT

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 20/02/2024 Heure 08:08

Nom et Prénom du patient Mr MAAROUFI JAMAL EDDINE

Age ou Date Naissance 81 - 07/08/1944

N° Cin du patient ou du tuteur A19306

Adresse HAY RIYAD

Téléphone 0661774370

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant belhnech

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 2  
2.00

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie OUI

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur MUPRAS

Mode de paiement PRISE EN CHARGE

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 22/02/2024

Heure 11:41

Durée d'hospitalisation (jours) 2

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*