



159477

CASABLANCA, Le 5 mai 2023

CL TILILA AGADIR  
QUARTIER PRINCE HERITIER RUE OUJJAJ  
AGA, 20000  
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

Identifiant adhérent : 010012\_1971-02-02\_YASSIR

N/REF : 20231250021546

Adhérent : BEN MOUMEN YASSIR

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de KARIMA MAZHARI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de \* 12000.00 MAD

Validité de prise en charge : du 05-05-2023 au 05-08-2023.

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 KARIMA MAZHARI.

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.

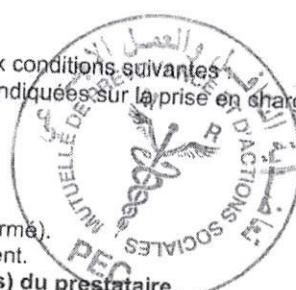
Toute facture doit être accompagnée :

- ✓ 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.

\* Pour information, la part adhérent : 2015.56 MAD



# CLINIQUE TILILA

RC: AGADIR N°4343 IF: 06902512 ICE:001541351000015  
Cité prince Héritier Sidi Med, Rue Oujjaj AGADIR  
Tél: +212 5282-30202/+212 5282-36531

## F A C T U R E

N° : 4007 / 2023 du 07/05/2023

Nom patient MAZHARI KARIMA

Entrée 04/05/2023

Prise en charge MUPRAS

Sortie 07/05/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR SERVICE	3,00		400,00	1 200,00
BLOC OPERATOIRE	1,00		2 500,00	2 500,00
			<i>Sous-Total</i>	3 700,00
PHARMACIE	1,00		1 500,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	1 500,00
<b>Total Clinique</b>				<b>5 200,00</b>

DR. EL HAFIDY KARIMA (gynécologue)	1,00		4 000,00	4 000,00
DR. ANAFLOUS RAJA (anesthésiste-rea)	1,00		1 500,00	1 500,00
DR. EL OUARZAZI JAMILA (pediatre)	2,00		400,00	800,00
			<i>Sous-Total</i>	6 300,00
LABO HARGUIL	1,00		380,00	380,00
			<i>Sous-Total</i>	380,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>6 680,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	11 880,00
ONZE MILLE HUIT CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS		
Immatriculation : 010012_1971-02-4 Adhérent : BEN MOUMEN YASSIR	Part organisme	8 719,40
Affiliation : N° prise en charge : 20231250021546	Part patient	3 160,60
Cin : D480082		



# CLINIQUE TILILA

RC: AGADIR N°4343 IF: 06902512 ICE:001541351000015

Cité prince Héritier Sidi Med, Rue Oujjaj AGADIR

Tél: +212 5282-30202/+212 5282-36531

## TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° 4 007 / 2023 du 07/05/2023

Nom patient MAZHARI KARIMA Entrée 04/05/2023

Prise en charge MUPRAS Sortie 07/05/2023

N° prise en charge 20231250021546

Total ticket modérateur 3 160,60





## Compte Rendu Opératoire

En date du : 04-05-2023

Nom et prénom :

Mme MAZHARI  
KARIMA

Né (e) le : 23/8/1955

Sexe :

Masculin   
Féminin 

Médecin traitant :

DR HA FIDY K

Med. Anesthésiste :

Service : Bloc opératoire D'SON RON R

Aide op. : Amine  
Panseur : Khadija  
Inf. Anesth. : ASMA

Indication opératoire :

Grossesse générale, 1<sup>er</sup> trimestre  
en préarthrose de hérige

Résumé clinique :

Générale

- SOH RA, SV, Inutile de Pfannstiel
- Hypotension
- Entravage cochlique d'un né Appel 10 fois
- DR A RA = RAJ
- Hypertrophie
- Hemostase difficile
- PPP

Quartier Prince Héritier Sidi Mohamed Rue Oujjaj - AGADIR - Tél: 05 28 23 02 02 / 05 28 23 65 30/31 - Fax: 05 28 23 02 04 - E-mail: tclinique@gmail.com

Dr. Karima EL HAFLY  
Gynécologue Obstétricienne  
Rés. Yasamine 3<sup>eme</sup> étage N° 38, Angle  
Av. Elmouquawama et Cadi Ayad AGADIR  
Tél/ Fax: 0528 38 27 27 - Bsm: 0661 98 46 52  
INP: 091144311

**CLINIQUE TILILA****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 07/05/2023

Références

4 007 / 230510085151198006  
MUPRAS

Entrée / Sortie : 04/05/2023 - 07/05/2023

**Le Dr. EL OUARZAZI JAMILA**présente à **Mme MAZHARI KARIMA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**800,00 Dhs (HUIT CENTS DIRHAMS)**

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

*Cachet et signature***CLINIQUE TILILA****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 08/05/2023

Références

4 007 / MUPRAS

Entrée / Sortie : 04/05/2023 - 08/05/2023

**Le Dr. EL HAFIDY KARIMA**présente à **Mme MAZHARI KARIMA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**4 000,00 Dhs QUATRE MILLE DIRHAMS**

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

*Cachet et signature***CLINIQUE TILILA****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 08/05/2023

Références

4 007 / MUPRAS

Entrée / Sortie : 04/05/2023 - 08/05/2023

**Le Dr. ANAFLOUS RAJA**présente à **Mme MAZHARI KARIMA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**1 500,00 Dhs MILLE CINQ CENTS DIRHAMS**

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

*Cachet et signature*

Bénéf / Assurée  
MAZHRI Karima  
Né (e) 23/08/1995  
040523 171 Sexe F



CLINIQUE TILILA

Fiche d'examen

23/08/95

Chambre:

Nom & prénom: Mme MAZHARI

Date: 04/15/2023

Prescripteur: Dr EL HAFID YK

Type d'examens:

(Cervix)

Renseignements cliniques:

NFS, fern line

Nom & Signature:

Dr. RAJAE ANAFLOUS  
Réanimateur Anesthésiste  
C.P.H. Sidi Mhammed Ben Oujlef - Agadir  
Tél: 0528 84 80 03/Fax: 0528 84 15 60  
Av. Kennedy 80 000 - AGADIR  
LABORATOIRE Dr. HARGUIL

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60  
ICE:001628874000008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470  
SITE:www.laboratoire-harguil.com

CLINIQUE TILILA  
C.P.H Rue Oujjaj  
80000 AGADIR

Facture N°: 04052023171 en date du 04/05/2023

Patient : Mme MAZHARI Karima

## Analyses effectuées :

NPAT SEC NF FERR

Montant des Actes : 380,00 Dirhams

مختبر الدكتور هرقليل  
LABORATOIRE Dr. HARGUIL  
Av. kennedy 80 000 - AGADIR  
Tél: 0528 84 80 03 | Fax: 0528 84 15 60



مختبر التحاليل الطبية  
الطبية | ٤٣٥٠ | ٨٥٠ | ٥١٠  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

[www.laboratoire-harguil.com](http://www.laboratoire-harguil.com)

**Dr Abdallah HARGUIL**  
BIOLOGISTE DIRECTEUR DU LABORATOIRE  
Lauréat de l'Université de Lille  
Ancien Interne des Hôpitaux  
Diplômé en Hématologie, Immunologie,  
Bactériologie, Virologie Clinique,  
Parasitologie Mycologie,  
Biochimie Clinique et Pathologie Médicale  
Biologie de la reproduction

**Dr Shérazade LAKHDAR GHAZAL**  
BIOLOGISTE MÉDICALE  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Toulouse  
Ancienne Interne des Hôpitaux  
Diplômée en Hématologie, Bactériologie,  
Virologie Clinique, Parasitologie, Mycologie,  
Biochimie Clinique  
D.U. Chimiothérapie Anti-infectieuse

[harguillaboratoire@gmail.com](mailto:harguillaboratoire@gmail.com)

CLINIQUE TILILA

80000 AGADIR

Dossier No 90405 171R NP 331674

Madame MAZHARI Karima  
AGADIR/CLINIQUE TILILA

Prélèvement du: 04/05/2023 à 18h10

CT

Edité, le 05/05/23

## RESULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES



### HEMATOLOGIE

Nature du prélèvement: SANG EDTA

Antécédents

(\*)

#### NUMERATION GLOBULAIRE (Sysmex XT-4000i)

LEUCOCYTES .....	8 080 /mm <sup>3</sup>	(VR : 3 800 - 11 000)
HEMATIES.....	3 810 000 /mm <sup>3</sup>	(VR : 3 800 000 - 5 900 000)
HEMOGLOBINE .....	13,0 g/100ml	(VR : 11.5 - 17.5)
HEMATOCRITE .....	36,6 %	(VR : 34 - 53)
V.G.M .....	96,1 u3	(VR : 76 - 96)
T.G.M.H .....	34,1 pg	(VR : 24.4 - 34.0)
C.G.M.H .....	35,5 %	(VR : 31.0 - 36.0)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Poly. Neutrophiles	77,0 % soit	6 220/mm <sup>3</sup>	(VR : 1 400 - 7 700)
Poly. Eosinophiles	0,1 % soit	10/mm <sup>3</sup>	(VR : 20 - 580)
Poly. Basophiles	0,1 % soit	10/mm <sup>3</sup>	(VR : 0 - 110)
Lymphocytes	17,6 % soit	1 420/mm <sup>3</sup>	(VR : 1 000 - 4 800)
Monocytes	5,2 % soit	420/mm <sup>3</sup>	(VR : 150 - 1 000)
PLAQUETTES.....	60 000/mm <sup>3</sup>		(VR : 150 000 - 445 000)

Plaquettes contrôlées sur tube citraté.  
Formule leucocytaire vérifiée au microscope.

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste



B I O C H I M I E

Nature du prélèvement: SANG

Antécédents

FERRITINE.....

(Abbott Architect CI4100 CMIA)

260 ng/ml (VR : 10 - 204)

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL  
BIOLOGISTE MÉDICAL  
LABORATOIRE HARGUIL  
Av. Kennedy, AGADIR  
Tél: 0528 84 80 03 - Fax: 0528 84 15 60

**CLINIQUE TILILA**

RC: AGADIR N°4343 IR: 06902512 ICE:001541351000015

Cité prince Héritier Sidi Med, Rue Oujjaj AGADIR

Tél: +212 5282-30202/+212 5282-36531

49202028

AGADIR

**BILLET DE SORTIE**Nom du patient : **MAZHARI KARIMA**Chambre : **NA**Médecin traitant **EL HAFIDY KARIMA**Prise en charge **MUPRAS**Date entrée **04/05/2023**Date sortie **08/05/2023 18:52**

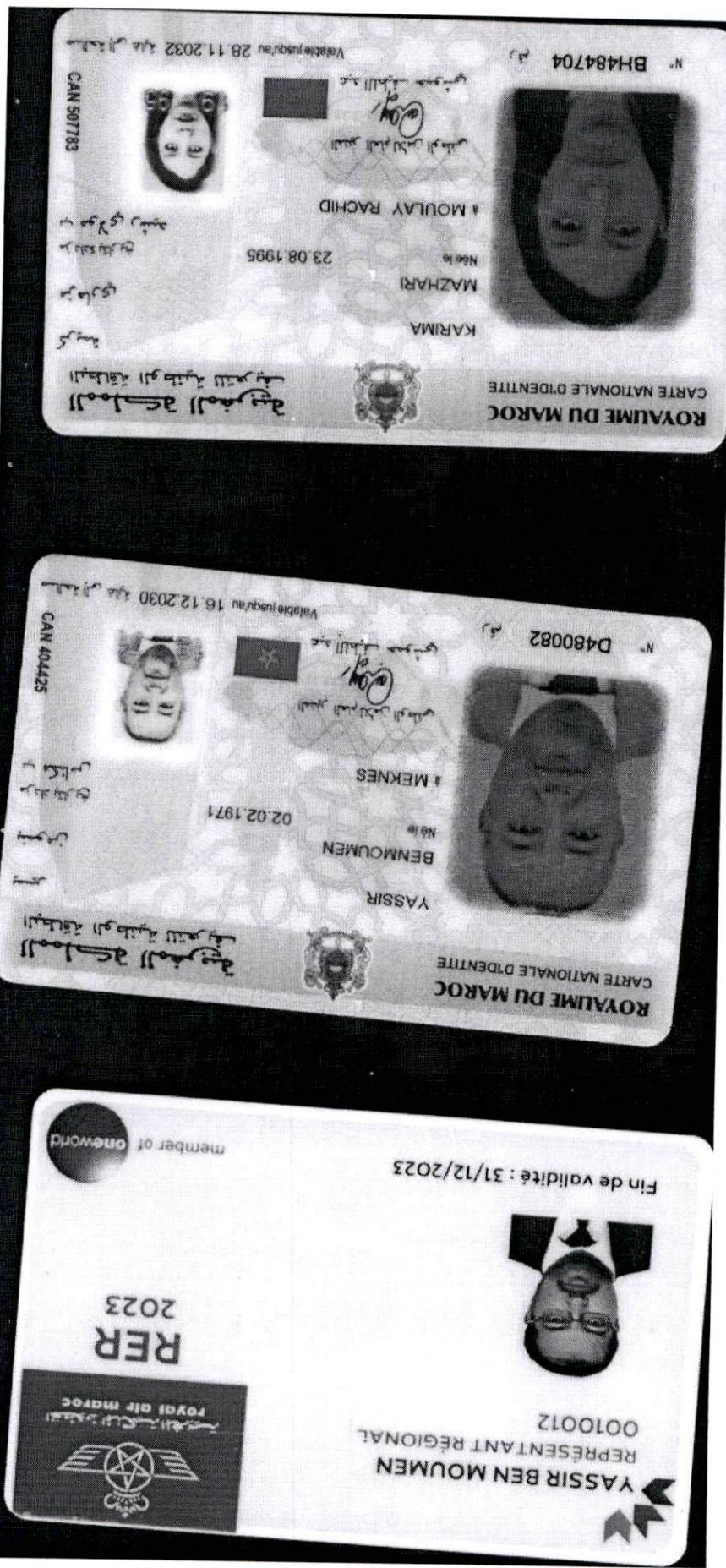
Le caissier

L'infirmier

Le major



**CLINIQUE TILILA**  
PEC 3  
C.P.H Sidi Mohamed Rue Oujjaj - AGADIR  
Tél: 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02  
Fax: 0528 23 02 04 Email: tclinque@gmail.com  
INP: 040003949

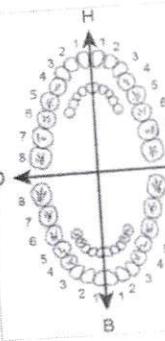


ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

VIOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>															
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>		D	H	G	00000000	25533412	00000000	00000000	00000000	21433552	35533411	35533411	11433553	B		B
D	H	G																
00000000	25533412	00000000																
00000000	00000000	21433552																
35533411	35533411	11433553																
B		B																
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession</p>																
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

# 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

- 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-730647

*par voie*

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_

Actif       Pensionné(e)       Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04.05.2023

Nom et prénom du malade : HAJ M A Z H A R E K A R E M A Année : 1995

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Césarienne

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-730647

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019