

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 :

**Center 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

**9 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.**

\* 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

**Total Clinique 5 200,00**

DR. EL HAFIDY KARIMA (gynecologue)	1,00		4 000,00	4 000,00
DR. ANAFLOUS RAJA (anesthésiste-rea)	1,00		1 500,00	1 500,00
DR. EL OUARAZI 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

**Total Autres prestations 6 680,00**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

ONZE MILLE HUIT CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

**Total 11 880,00**

Immatriculation : 010012\_1971-02-1 Adhérent : BEN MOUMEN YASSIR

Affiliation : N° prise en charge : 20231250021546

Cin : D480082

Part organisme 8 719,40

Part patient 3 160,60

**CLINIQUE TILILA**  
PEC 3  
C.P.H Sidi Mohamed Rue Oujjaj - AGADIR  
Tél: 05 28 23 85 30 / 05 28 23 02 02  
Fax: 0528 23 02 04 Email: clinique@gmail.com  
IMP: 040003949

# CLINIQUE TILILA

RC: AGADIR N°4343 IF: 06902512 ICE:001541351000015  
Cité prince Héritier Sidi Med, Rue Oujja 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**

**CLINIQUE TILILA**  
PEC 3  
C.P.H Sidi Mohamed Rue Oujja - AGADIR  
Tél: 05 28 23 65 30 Fax: 05 28 23 02 02  
Email: clinique@gmail.com  
INP: 211003949



## Compte Rendu Opératoire

En date du : 04-05-2023

Nom et prénom :

M<sup>me</sup> MAZHARI  
KARIMA

Né (e) le :

23/8/95

Sexe :

Masculin ☐Féminin ☒

Médecin traitant :

Dr EL HAEDY K

Med. Anesthésiste :

Service : Bloc opératoire Dr. SOROU R

Aide op. :

Amine

Panseur :

Khaled

Inf. Anesth. :

ASMA

Indication opératoire :

Grossesse gémellaire, 1<sup>re</sup> jumeau  
en présentation de tête

Résumé clinique :

C.R.O.:

Gémelline

- Son RA, SV, Intron de Rfannstiel
- Hystérisme

- Entaillés Céphalique d'inné Appel 10 po

==

- D A 9 RU = RAJ

- Hystérisme

- Hémostase absente

- APP P

Dr. Karima EL HAEDY  
Gynécologue Obstétricienne  
Rés. Yasmine 3<sup>ème</sup> étage N° 38, Angle  
Av. Elmouquawama - Gadi Ayad AGADIR  
Tél/ Fax: 0528 38 27 27 - Gsm: 0661 96 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

**Dr. J. EL OUARZAZI**  
**PEDIATRE**  
 Imm. Ifraouine 4 - Mouquawama  
 Oued Zit Agadir  
 Tél : 028 84.81.03

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

**Dr. Karima EL HAFIDY**  
**GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE**  
 Rés. Yessmine 3ème étage :° 30  
 Angle Av. El Mouquawama & Av. Cadi Ajar  
 AGAIR - Tél/ Fax: 05 28 38 27 27

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

**DR. RAJA ANAFLOUS**  
**CLINIQUE TILILA**  
 Réanimateur Anesthésiste  
 C.P.H. Sidi Mohamed Rue Oujjal - Agadir  
 Tél : 05 28 23 85 20 / 05 28 23 02 02  
 Fax : 05 28 23 02 04

Cachet et signature

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

Sexe F



مصحة تليلا  
CLINIQUE TILILA

Fiche d'examen

23/08/95

Chambre : SIA (MAMOUNYA)  
Date : 04/5/2023  
Nom & prénom : M<sup>me</sup> MAZHARI

Prescripteur : D<sup>r</sup> EL HAFID YK  
Dr. Anaflos

Type d'examens:

(Coine)

Renseignements cliniques:

NFS, Fern line

Nom & Signature:

مختبر الحشون حرييل  
LABORATOIRE Dr. HARGUIL  
Av. Kennedy 80 000 - AGADIR  
Tél: 0528 84 80 03/Fax: 0528 84 15 60

DR. RAJAE ANAFLOUS  
Reanimatour Anesthésiste  
CLINIQUE TILILA  
C.P. H. Sidi Mohamed  
Tél : 05 28 23 65 50 / 05 28 23 02 04  
Fax : 05 28 23 02 04

# 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 Oujja  
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 حرقيل  
LABORATOIRE Dr. HARGUIL  
Av. Kennedy 80 000 - AGADIR  
Tél: 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 60



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 u <sup>3</sup>	(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

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



**B I O C H I M I E**

Nature du prélèvement: SANG

Antécédents

**FERRITINE**.....

260 ng/ml (VR : 10 - 204)

(Abbott Architect CI4100 CMIA)

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

**DR. S. LAKHDAR GHAZAL**  
BIOLOGISTE MEDICAL  
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 Oujja 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

Billet de sortie établi par : **MARIAM**

10/05/2023 08:55

221022174944NA-003

**CLINIQUE TILILA**  
REC 3  
C.P.H Sidi Mohamed Rue Oujja - AGADIF  
Tél: 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02  
Fax: 0528 23 02 04 Email: tcllinique@gmail.com  
INP: 040003949





RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES	
Département	Cachet

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
08/5/23	lost		voir facture

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
1	...
2	...
3	...
4	...
5	...
6	...
7	...
8	...
9	...
10	...
11	...
12	...
13	...
14	...
15	...
16	...
17	...
18	...
19	...
20	...
21	...
22	...
23	...
24	...
25	...
26	...
27	...
28	...
29	...
30	...
31	...
32	...
33	...
34	...
35	...
36	...
37	...
38	...
39	...
40	...
41	...
42	...
43	...
44	...
45	...
46	...
47	...
48	...
49	...
50	...
51	...
52	...
53	...
54	...
55	...
56	...
57	...
58	...
59	...
60	...
61	...
62	...
63	...
64	...
65	...
66	...
67	...
68	...
69	...
70	...
71	...
72	...
73	...
74	...
75	...
76	...
77	...
78	...
79	...
80	...
81	...
82	...
83	...
84	...
85	...
86	...
87	...
88	...
89	...
90	...
91	...
92	...
93	...
94	...
95	...
96	...
97	...
98	...
99	...
100	...

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

VOLET ADHERENT

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

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

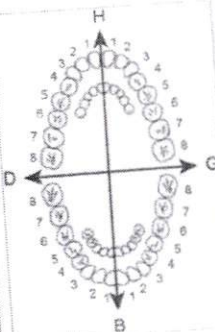
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Important :  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX
 <p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The upper arch is labeled 'H' at the front and 'B' at the back. The lower arch is labeled 'G' at the front and 'D' at the back.</p>	<b>H</b>	<b>G</b>	
	25533412 00000000	21433552 00000000	
	<b>D</b>	<b>B</b>	
	00000000 35533411	00000000 11493553	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
<b>DATE DU DEVIS</b>			
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>			
SACNET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



## Déclaration de Maladie

N° W21-730647

*par l'adhérent*

☐ 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 :

**Docteur Mostapha ATTAF**  
**- CHIRURGIEN -**  
**CLINIQUE TILILA**  
**Tél: 05 28 23 02 02 - AGADIR**

Date de consultation : *04.05.2023*

Nom et prénom du malade : *M. MAZHARE KARIMA* *Age 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 : .....