

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-794353



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **1368** Société : **RAM**

Matricule : **1368** Nom & Prénom : **TAZGUI L'HOU**

Actif Pensionné(e) Autre : **TAZGUI L'HOU**

Date de naissance : **30.06.1948**

Adresse : **31, Rue 9 lot TADAMOUN Cheram ouffa casablanca**

Tél. **06.32.80.50.14** Total des frais engagés : **M53,21** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Spécialiste : **Dr. ZIRAOUI D. Digestif**
N°SS : **Ziraoui** - IP : **097038539**
ICE : **001922406000029**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **1/8/23**

Nom et prénom du malade : **TAZGUI L'HOU** Age : **75**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Trouble digestif**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **casablanca**

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.

ACCUEIL

25 AOÛT 2023

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 : **casablanca** Le : **22/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et Signature du Médecin attestant le Délaiement des Actes |
| 31/08/23 | Sur Rte | 120 | 524,00 | INPI |
| 05/08/23 | Sur Rte | 120 | 529,21 | INPI M. BOURGALY des Maladies et Dignité VIP: 0600000000 0600000000 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |

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

| 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'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | ----- | | | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 11433553 | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI

Hepato-Gastro-enterologue et Proctologue

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie médico-interventionnelle

فاحمة الزهراء خرباشي

متخصصة في أمراض المعاذ للهضمي والتبذير - أمراض رجل الهرم المفرج
عن القولون والمعده بالمنظار - التهضي بالصري

- Lauréat de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca
- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca
- Ancien médecin en Unité de Proctologie de l'Hôpital Saint Joseph - Paris
- Diplômée en proctologie - Rennes
- Diplômée en pathologie fonctionnelle digestive - Lyon
- Diplômée en maladie inflammatoire chronique de l'intestin - Lille

ORDONNANCE

Casablanca le, 25/4/2023

Mr TAZGUI LHOU

75 ans

DT 2 , chirurgie cardiaque , rétinopathie diabétique

Anémie sévère ferriprive à 7,6 g/ dl d'origine

indeterminée

Perfusion du fer injectable (venofer)

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI
Hepato-gastro-enterologue
et Proctologue
7, Angle Bd. Abdelmoumen et
Rue Rachati Imm. 3 Etg. 2 - Casa
Tél: 05 20 88 88 55

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI

Hepato-Gastro-enterologue et Proctologue

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie médico-interventionnelle

فاطمة الزهراء خرباشي

متخصصة في أمراض المعدة والجهاز الهضمي والثدي - أمراض وجرحية المخرج
عن القولون والمعودة بالمنظار - لفم مع بالمنظار

- Lauréate de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca
- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca
- Ancien médecin en Unité de Proctologie de l'Hôpital Saint Joseph - Paris
- Diplômée en proctologie - Rennes
- Diplômée en pathologie fonctionnelle digestive - Lyon
- Diplômée en maladie inflammatoire chronique de l'intestin - Lille

ORDONNANCE

Casablanca le,

٢٥/٠٤/٢٠١٨

Mr TAZGUI LHOU

Age : 75 ans

ATCD : DT 2 , gastrectomie partielle , chirurgie cardiaque
, rétinopathie diabétique

Anémie sévère ferriprive à 7,6 g / dl d'origine
indéterminée

FOGD + colonoscopie sans anomalies

Enteroscanner sans anomalies (voir en ci-joint le
compte rendu)

Vidéo capsule endoscopique

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI
Hepato-Gastro-enterologue
et Proctologue
7, Angle Bd. Abdelmoumen et
Rue Rachati Imm. 3 Et. 2 - Casablanca
Tél: 05 20 88 88 55

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI

Hepato-Gastro-enterologue et Proctologue

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie médico-interventionnelle

د. فاطمة الزهراء خرباشي

الختصاصية في (أمراض المعدة والجهاز الهضمي والثدي - أمراض و مجرحة المفرج)

مفعن القولون والمعودة بالمنظار - (المفعن بالصري)

- Lauréate de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca
- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca
- Ancien médecin en Unité de Proctologie de l'Hôpital Saint Joseph - Paris
- Diplômée en proctologie - Rennes
- Diplômée en pathologie fonctionnelle digestive - Lyon
- Diplômée en maladie inflammatoire chronique de l'intestin - Lille

ORDONNANCE

Casablanca le, 29/07/2013

Mr TAZGUI LHOU

1) Venofer 100 mg /5 ml (1 boite de 5 ampoules)



Perfusion à J1 de 200 mg du venofer dans 250 cc de serum salé minimum en 30 min avec surveillance des constantes hemodynamiques et des signes de mauvaise tolérance

Perfusion à J4 de 300 mg du venofer dans 250 cc de serum salé en 1h 30 avec surveillance clinique rapproché des constantes hémodynamiques et des signes de mauvaise tolérance

PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM

Sihari GUETTAAOUI

Docteur en pharmacie

4, Résidence Annaim - Oulfa

Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI
Hepato-Gastro-enterologue
et Proctologue
7, Angle Bd. Abdelmoumen et
Rue Rachati Imm. 3 étage 2 - Casablanca
Tél: 05 20 88 88 55

T: 507,000 Dhs.

كابيطال لوفيس 7: ملتقى شارع عبد المؤمن و زنقة الراشاني، عمارة 3 الطابق 2 المكتب رقم 50، (نون مرجان ساركت). الدرار البيضاوي

Capital Office: 7 Angle Bd Abdelmoumen et Rue Rachati, Imm. N 3, 2ème étage bureau N 50 - Casablanca
(au dessus de Marjane Market Quartier des Hôpitaux) - Tél: 05 20 88 88 55 - E-mail: kharbachi.fatimazahra@gmail.com

VIFOR PHARMA

AMM N° : 323/17 DMP/21/NRG
Pharmacienne Responsable : Dr. Safaa MOUKHLIS
Jardin d'entreprise de la technopole de Nouaceur
Distribué par FMC Pharma Afrique

P.P.V:507,00DH



100 mg/5ml

Solution injectable ou concentré pour solution à perfuser
Bouteille de 5 ampoules de 5 ml

Venoffer

5 x 5 ml

جوارب غازية
ampoules gazeuses

Amphoules
therapie matiale
intraveineuse

iron therapy
intravenous
Amphoules

fer saccharose
iron sucrose

100 mg

Venoffer®

Man. date:

تاریخ التصنيع

Expiry/Péremption/:

انتهاء الصلاحية

Lot:

رقم الدفعة

05-2022

05-2025

2521026BB



Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :

NOTE CONFIDENTIELLE
DU MEDECIN TRAITANT

0000775784
TAZGUI
LHOU MUPRA
123002324
MEDECINE
SALLE LIT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

05/08/23

2) Renseignements cliniques sommaires :

presse grippe

3) Traitement envisagé et actes :

enfin fin

2) Durée prévisible du traitement :

013
A LE

Signature



DECOMPTE PHARMACIE FORFAIT
TOTAL

N° de séjour 123002324

Nom TAZGUI
Prénom LHOU MUPRAS

| CODE | LIBELLE | NOMBRE | PRIX | TOTAL |
|--------------|----------------------------------|---------------|-------------|--------------|
| M419 | METHYLPREDNISOLONE ISIO 40MG INJ | 2.00 | 13.70 | 27.40 |
| 0087 | OMIZ 20 MG, GÉLULES | 1.00 | 1.81 | 1.81 |
| TOTAL | | | | 29.21 |



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

0000775784 2 30/06/1948

TAZGUI
LHOU MUPRAS
123002324
MEDECINE
SALLE LIT

05/08/2023

N° de séjour

Identité Du Patient :

Date D'entre : 5.8.23 Date de sortie : 5.8.23

Service :

Médecin traitant : Dr BOUTMEB

Motif D'hospitalisation: Perfusion d'Urgence

Bilan Biologique:

Normal sans fièvre

Bilan Radiologique:

Examen Clinique:

Dr. Mohamad
Spécialiste
CNSS de l'Assurance
l'Appartement
ICE: 0016224060203859
BTLB
Signature

Cachet Médecin Traitant:



| N° IPP : 775784 | N° SEJOUR : 123002324 | FACTURE N° 2301006837 | | | | DATE D'ENTREE : 05/08/2023 | | DATE DE SORTIE : 05/08/2023 | | |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|--------|----------------|-------------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | |
| MALADE : TAZGUI,Lhou Mupras | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | TAZGUI,Lhou Mupras | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | | LOT ETTADAMOUNE RUE 9 NR 31 ELNOULF | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | A CASA | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | | | CASABLANCA CENTRE DE TRI | | | | |
| REF. PC 1 : | REF. PC 2 : | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE | SEJMED | 1.00 | 550.00 | 550.00 | | | | | 0.00 | 550.00 |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | 29.21 | | | | | 0.00 | 29.21 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------|---|----------------|-----------|--|--|----------|--------|--|
| TOTAUX : 579.21 | | | | | | | | | 579.21 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT SOIXANTE DIX-NEUF DHS ET VINGT ET UN CENTIMES | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | 579.21 | |
| | | | REMISE : 0.00 | REGLE : | | | | AVOIR: | | |
| | | | RESTE DU: 0.00 | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 05/08/2023 | EDITEE LE : 05/08/2023 | PAR: HDOUCH | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | | | | |
| VISA | | | | N° DE POLICE : | DATE AT : | | | | | |
| | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI | | | | | | | |
| | | | BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA | | | | | | | |
| | | | N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54 | | | | | | | |



DECOMPTE PHARMACIE FORFAIT
TOTAL

N° de séjour 123002288

Nom TAZGUI
Prénom LHOU MUPRAS

| CODE | LIBELLE | NOMBRE | PRIX | TOTAL |
|--------------|--|---------------|-------------|--------------|
| H089 | HYDROCORTISONE BIOCODEX INJECT 100 MG FL | 1.00 | 11.20 | 11.20 |
| S222 | CHLORURE DE SODIUM 0.9% PRF 500ML | 1.00 | 12.80 | 12.80 |
| TOTAL | | | | 24.00 |



COMpte RENDu D'HOSPITALISATION

0000775784 2 30/06/1948
TAZGUI
LHOU MUPRAS
123002288 01/08/2023
MEDECINE
SALLE LIT

N° de séjour :

Identité Du Patient :

Date D'entre : 1/08/13 Date de sortie : 1/08/13

Service :

Médecin traitant :

Motif D'hospitalisation: une fracture de
pernis ventral

Bilan Biologique:

Bilan Radiologique:

Examen Clinique:

for now 3 April 2014

Dr Mohamed
Spécialiste
de l'appareil
respiratoire
CNSS
Ziraoui Dr. est
IC-E: 00192240600229
038539
Cachet Médecin Traitant:

Cachet Médecin Traitant:

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 775784 N° SEJOUR : 123002288

ASSURE :

MALADE : TAZGUI,Lhou Mupras

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

FACTURE N° 2301006773

DATE D'ENTREE : 01/08/2023 DATE DE SORTIE : 01/08/2023

DESTINATAIRE :

TAZGUI,Lhou Mupras

LOT ETTADAMOUNE RUE 9 NR 31 ELNOULF

A CASA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | |
|------------------------------------|---------------|------------------|------------------|--------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT |
| ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE | SEJMED | 1.00 | 550.00 | 550.00 | | | | | 0.00 | 550.00 |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES | | | | 24.00 | | | | | 0.00 | 24.00 |

| | | | | | | | | | | |
|--|--------------|--------|---------|--|--|--|--|--|----------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT SOIXANTE QUATORZE DHS | TOTAUX : | 574.00 | | | | | | | | 574.00 |
| | PLAFOND PC : | | | | | | | | ACOMPTE: | 574.00 |
| | REMISE : | 0.00 | REGLE : | | | | | | AVOIR : | |
| | RESTE DU: | 0.00 | | | | | | | | |

DATE FACTURE : 01/08/2023 EDITEE LE : 01/08/2023 PAR: RAFIK

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54

DRME RABTA
CASSA PRINCIPAL
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :

NOTE CONFIDENTIELLE
DU MEDECIN TRAITANT

TAZGUI Hassan

00007757
TAZGUI
LHOU MUP
12300228
MEDECINE
SALLE LIT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

Al mem le

3) Traitement envisagé et actes :

perfusion d'
+ 01

2) Durée prévisible du traitement :

A LE

Signature

polyclinique addaman
Gastro-Endocrinologie