

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

### 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-670995

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) \_\_\_\_\_  
Matricule : 6240 Société : (103037)

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SRHIER OUADI

Date de naissance : 14-06-60

Adresse :

Tél. : 0633 058153 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

*Mohammed BOUAÏED*  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
CNSS Ziraoui - INP: 091038589  
ICE: 001922 - 00000029

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31-12-2021

Nom et prénom du malade : SRHIER OUADI Age : 61

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : dental - NL

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 : CASABLANCA Le : 31/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : SRHIER jl

*la 14*

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 31/12/21        |                   |                       | 150,00                          | INP: 18/12/2021  |
| 03/12/21        |                   |                       | 100,00                          | INP: 18/12/2021  |
| 10/12/21        |                   |                       | 100,00                          | INP: 18/12/2021  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL MANAR                          | 10/11/21   | 536,40                |
| CASA S.A.R.L. AU                            |            |                       |
| 48, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne        |            |                       |
| CASABLANCA                                  |            |                       |
| HARMACIE DES ENFANTS                        | 21/01/2022 | 148,20 DH             |
| Dr. BOUAFIA Nadia                           |            |                       |
| 14, Rue Ibnou Jelil - Bourgogne             |            |                       |
| 0522 20 80 11                               |            |                       |
| Cachet et signature de Casablanca           |            |                       |
| Laboratoire et du Radiologue                |            |                       |
| 102, Bd Oum Rabia, Hay Hassani - Casablanca | 10/12/21   | 236,50                |
| Tel: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 81 55     |            |                       |
| 0018065800066 - INP: 09102451               |            |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

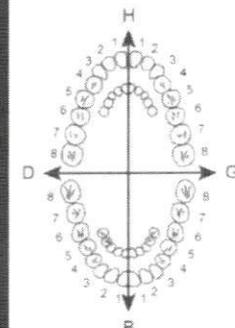
| Cachet et signature de Casablanca | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
|                                   | 10/12/21 | P365                         | 400,00                 |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

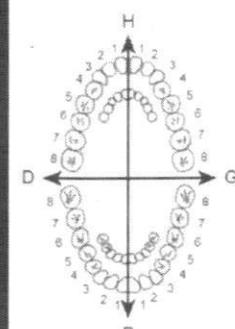
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533413 | 11433553 |

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# وصفة

## ORDONNANCE

le 10-1-2022

نـ 52422 زـ 04-07  
CASABLANCA  
48, Avenue Mehdi Ben Berra Bourgogne  
CASA SARL AU  
PHARMACIE EL MANSAK

LOT 210221  
EXP 09/2022  
PPV 144.50DH

11 - فوجي 200g. (28 جل)  
144.50  
→ جعل ملجي.



2 - Aximycine 1f : (14 ج)  
64.10  
14x2g.

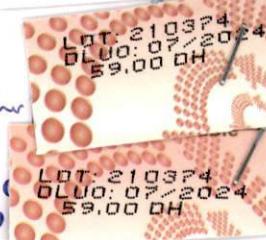
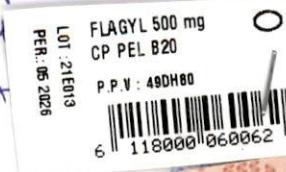
3 - Chlor (2) :  
160.00 14x2g. (14 ج)

4 - Floryl 500  
49.80 14x2g (7 جم)

5 - Probiotin 12 sachet (2 sachet)  
259.00

Polyclinique CNSS Ziraoui-Adresse BD.Ziraoui Bourgogne - 0  
Tél. n° : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29

536.40



# وصفة ORDONNANCE



le ٣.١.٢٠٢٢

LOT 210610  
EXP 12/2023  
PPV 74.10DH

LOT 210610  
EXP 12/2023  
PPV 74.10DH

٢٤٠ mg x ٢  
٢٤٠ mg x ٢  
١ جلعت (٢ جلعت)



PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. BOUJIDA Nadia  
34, Rue Ibnou Jafir Bourgogne  
Tél: 0522 20 90 44 - Casablanca





الزيراوي  
ZIRAOUI

le 31.12.2021

✓ SRI LANKA

- found 1Ae

Ans: 3.

Q<sup>e</sup> et je

Mr. Sandusky

area  $\cong$  Bentafel

SECURITE SOCIALE  
CASUALITE, CHIRURGIE

Dr AZZOUZI SOUFIA

*Médecin Anatomo-Cytopathologue  
Ancien Professeur de l'Enseignement  
Supérieur du CHU de Casablanca  
D.U Dermatopathologie Université Paris XII*



## CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الريبي

Casablanca le 03/01/2022

Nom et prénom : SRHIER OUADI

Date de réception : 03/01/2022

Facture N° 22/01001

| Nature du prélèvement | Cotation | Prix total | Marge | Net payé  |
|-----------------------|----------|------------|-------|-----------|
| BIOPSIE GASTRIQUE     | P365     | 400,00Dhs  |       | 400,00Dhs |

Arrêtée la présence facture à la somme de Quatre cents Dirhams

Dr Soufia AZZOUZI

**Dr AZZOUD Soufia**  
Cabinet de Pathologie OUM RABIA  
102, Bd Oum Rabii, RDC B1  
Rés. Selma - Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 87 52  
CE: 001205659000005 - INPE: 00120457

102 ,Bvd Oum Rabii Résidence Selma-RDC-B1-Hay hassani. Casablanca-20220.

Tél :0522 93 88 66 -Fax :05 22 93 87 52 E-mail :cpor102@gmail.com

IF :40399984 - ICE 001806698000066 -Taxe professionnelle :35091342

CNSS :8775077 - INPE :091024570 - Patente N°35091342



الزيراوي  
ZIRAOUI

## و ص ف ة ORDONNANCE

le 3. 1. 22

Biogene Senfju

expected to

Fig. Captain m/s

**Dr AZZOZI Soufia**  
Cabinet de Pathologie Clinique  
102-104 Rue Hassan II, Casablanca 81  
Res. Selma - Hay Hassan II - Fax: 0522 93 87 54  
Tel: 0522 93 88 26 - Fax: 0522 93 87 54  
I.C.E. 00180659800006 - INPE 091024570

Dr MOHAMMED BOUAFIA  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
CNSS Ziraour - N° 103539  
Tél: 00221-33-00029

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



| N° IPP : 502092   | N° SEJOUR : 220000149 | <b>FACTURE N° 2205000109</b>     |                  |         |                | DATE D'ENTREE : 03/01/2022 |                | DATE DE SORTIE : 03/01/2022 |                |         |
|---|-----------------------|----------------------------------|------------------|---------|----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|---------|
| ASSURE :  |                       |                                  |                  |         |                | DESTINATAIRE :             |                |                             |                |         |
| MALADE : SRHIER,Ouadi   |                       | UF: 5002 URGENCES                |                  |         |                | SRHIER,Ouadi               |                |                             |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :   |                       | N° IMMAT C.N.S.S. :              |                  |         |                |                            |                |                             |                |         |
| TIERS PAYANT 1 :  |                       | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |                  |         |                |                            |                |                             |                |         |
| TIERS PAYANT 2 :  |                       |                                  |                  |         |                |                            |                |                             |                |         |
| REF. PC 1 : . REF. PC 2 :   |                       | N° SE. SOC. ETRANG. :            |                  |         |                |                            |                |                             |                |         |
| NATURE DE PRESTATION  | LETTRE<br>CLE         | NOMBRE<br>x COEF                 | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL   | TIERS PAYANT 1 |                            | TIERS PAYANT 2 |                             | PART DU MALADE |         |
|   |                       |                                  |                  |         | % / Dh         | MONTANT                    | % / Dh         | MONTANT                     | % / Dh         | MONTANT |
| ACTES DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE<br>FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODENAL(AVEC OU S) | FIBRO                 | 1.00                             | 1000.00          | 1000.00 |                |                            |                |                             | 0.00           | 1000.00 |

|   |  |                        |  |              |      |   |         |         |  |           |  |
|---|--|------------------------|--|--------------|------|---|---------|---------|--|-----------|--|
| Intervenant : 21012008 BOUTALEB MOHAMMED GASTRO-ENTEROLOGIE |  | TOTALS :               |  | 1000.00      |      |   |         |         |  | 1000.00   |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :                 |  |                        |  | PLAFOND PC : |      |   |         |         |  | ACOMPTE : |  |
| MILLE   |  |                        |  | REMISE :     |      | 0.00  | REGLÉ : | 1000.00 |  | AVOIR :   |  |
|   |  |                        |  | RESTE DU.    | 0.00 |   |         |         |  |           |  |
| DATE FACTURE : 03/01/2022                                   |  | EDITEE LE : 03/01/2022 |  | PAR: R8174   |      | ACCIDENT DE TRAVAIL :   |         |         |  |           |  |
| SA  |  |                        |  |              |      | 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               |         |         |  |           |  |

POLYCLINIQUE  
NATIONALE DE LA  
SECURITE SOCIALE  
CASABLANCA - ZIRAOUI

## Fiche de renseignement patient

| Date       | Heure | Nom et Prénom | Date de naissance | N° de Tel  | CIN     | Acompte |
|------------|-------|---------------|-------------------|------------|---------|---------|
| ٢٣/٠١/٢٠٢٢ |       | SRHIER OUADI  | 14-06-60          | 0633058153 | B427027 |         |

### Motif de consultation :

### Renseignements cliniques :

-ATCD Personnel : 1-HTA 2-Diabète 3-Tabagisme 4- Asthme 5-Vaccination COVID

-ATCD COVID: 1-Personnel: Date d'atteinte: 2-Contact récent avec un cas positif:

-Symptômes: 1-Fièvre 2-Toux 3-Dyspnée 4-Douleurs thoraciques 5-Céphalées 6-Douleurs abdominales 7-Diarrhée 8-Vomissements 9-Perte de gout 10-Perte d'odorat

-TDM thoracique antérieure:

|                          |      |      |        |                                    |
|--------------------------|------|------|--------|------------------------------------|
| T° :                     | TA : | FC : | SpO2 : | Bilan biologique :                 |
| Glycémie :               | BU : |      |        | Bilan radiologique :               |
| Acte médical infirmier : |      |      |        | Code d'intervention nomenclature : |
| Cachet du médecin :      |      |      |        | Caisse :                           |

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 : 502092                                 | N° SEJOUR : 210023004 | FACTURE N° 2102006150 |                  |  |                | DATE D'ENTREE : 31/12/2021 |                |              |                | DATE DE SORTIE : 31/12/2021 |      |        |  |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------|--|----------------|----------------------------|----------------|--------------|----------------|-----------------------------|------|--------|--|
| ASSURE :  |                       |                       |                  |  |                | DESTINATAIRE :             |                |              |                |                             |      |        |  |
| MALADE : SRHIER,Ouadi                           |                       |                       |                  | UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI |                |                            |                | SRHIER,Ouadi |                |                             |      |        |  |
| NOM JEUNE FILLE :                               |                       |                       |                  | N° IMMAT C.N.S.S. :                    |                |                            |                |              |                |                             |      |        |  |
| TIERS PAYANT 1 :                                |                       |                       |                  | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :       |                |                            |                |              |                |                             |      |        |  |
| TIERS PAYANT 2 :                                |                       |                       |                  |  |                |                            |                |              |                |                             |      |        |  |
| REF. PC 1 :                                     | REF. PC 2 :           | N° SE. SOC. ETRANG. : |                  |  |                |                            |                |              |                |                             |      |        |  |
| NATURE DE PRESTATION                            | LETTRE<br>CLE         | NOMBRE<br>x COEF      | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL                                  | TIERS PAYANT 1 |                            | TIERS PAYANT 2 |              | PART DU MALADE |                             |      |        |  |
|   |                       |                       |                  |  | % / Dh         | MONTANT                    | % / Dh         | MONTANT      | % / Dh         | MONTANT                     |      |        |  |
| ACTES COTES EN C<br>CONSULTATION DE SPECIALISTE | Cs                    | 1.00                  | 150.00           | 150.00                                 |                |                            |                |              |                |                             | 0.00 | 150.00 |  |

|   |  |  |  |                        |  |            |         |   |  |  |           |        |  |
|---|--|--|--|------------------------|--|------------|---------|---|--|--|-----------|--------|--|
| Intervenant : 21012008 BOUTALEB MOHAMMED GASTRO-ENTEROLOGIE       |  |  |  | TOTAUX :               |  | 150.00     |         |   |  |  |           | 150.00 |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT CINQUANTE DHS |  |  |  | PLAFOND PC :           |  |            |         |   |  |  | ACOMPTE : |        |  |
|   |  |  |  | REMISE :               |  | 0.00       | REGLE : | 150.00  |  |  | AVOIR :   |        |  |
|   |  |  |  | RESTE DU:              |  | 0.00       |         |   |  |  |           |        |  |
| DATE FACTURE : 31/12/2021   |  |  |  | EDITEE LE : 31/12/2021 |  | PAR: SIBAI |         | 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

N° de séjour : 220000149

UF de présence : 5002 URGENCES

N° de séance : 202201030012

UF demandeur : 5002 URGENCES

N° IPP : 0000502092 SRHIER,Ouadi

Date et heure : 03/01/2022 08:19

Né(e) le : 01/01/1960

Intervenant : 23072012 BACHAR ABDELILAH

| UF   | INTERVENANT      | CDAM/TARIF         | LET.CLE | TARIF | COEFF | COEF.T | MONTANT |
|------|------------------|--------------------|---------|-------|-------|--------|---------|
| 5002 | BACHAR ABDELILAH | ACTES D'ANESTHESIE | KA      | 22.50 | 1.00  | 15.00  | 0.00    |

Total : 0.00

## COMPTE RENDU FIBROSCOPIE OESO GASTRO DUODENALE

N° FACTURE : 2205000109

Identité du patient : SRHIER OUADI

Date de l'acte 3/1/2022

Nom du Médecin anesthésiste : Dr BACHAR

Valeur du K : ...K50

Valeur du K anesthésique :

Code NGAP :

Clinique et Indication : EPIGASTRALGIES

Œsophage : muqueuse d'aspect congestif, cardia à 38 cm des AD avec une hernie hiatale par glissement de 2 cm

Estomac : Muqueuse fundique erythémateuse, biopsies,

Muqueuse antrale d'aspect normal,

Pylore : facilement franchit facilement

Bulbe : absence d'ulcère

Duodénum : aspect normal

Conclusion : Oesophagite co,gestive, Hernie hiatale par glissement et gastrite erythémateuse.

Biopsies gastrique



Date de réception : 03/01/2022  
Date de réponse : 06/01/2022  
Sexe : M  
Age : 62 ans

N° d'examen : H22010301  
Nom et Prénom : Mr SRHIER OUADI  
Médecin traitant : Dr MOHAMMED BOUTALEB

Nature du prélèvement : BIOPSIE GASTRIQUE.

Renseignements cliniques : Epigastralgies.

### COMPTE RENDU ANATOMO PATHOLOGIQUE

3 fragments biopsiques mesurant entre 0,4cm et 0,3cm.

L'examen histologique montre 2 fragments d'une muqueuse fundique et 1 fragment d'une muqueuse antrale arrivant à la musculaire muqueuse, le revêtement épithéial et celui des cryptes est bien différencié. Le chorion muqueux est fibreux. Il est le siège d'un infiltrat inflammatoire chronique, modéré de type lymphocytaire et plasmocytaire. Le volume glandulaire est conservé.

La coloration au Giemsa montre la présence de nombreux HP+++.

**CONCLUSION :** Aspect histopathologique d'une gastrite chronique antro-fundique modérée non atrophique non active sans métaplasie intestinale et sans dysplasie. HP+++.

Dr Soufia AZZOUZI

Dr AZZOUZI Soufia  
Cabinet de Pathologie OUM RABII  
102, Bd Oum Rabii, RDC B1  
Rés. Selma - Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 87 52  
ICE: 001806698000066 - INPE: 091024570



**Dr Mohammed Youssef SEMLALI** : Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Strasbourg d'Études Spéciales de Biochimie, Hématologie et Immunologie. Ancien Attaché au service de Bactériologie, Virologie à l'Hôpital Militaire Mohammed V de Rabat I DU médecine et biologie de la reproduction.



**Date du prélèvement** : 25-11-2021 à 09:14  
**Code patient** : 2111250104  
**Edition le** : 03-12-2021

**Mr SRHIER Ouadl**  
**Né(e) le** : 14-06-1960  
**Dossier N°** : 2111250104  
**Prescripteur** :

## MARQUEURS TUMORAUX

### PSA TOTAL

(Chimiluminescence Architect Abbott))

1.094 ng/ml (0.000-4.500)

Le seuil de 4 ng/ml permet de limiter le risque de sur-diagnostic et de sur-traitement (AFU-2012). Ce résultat est à confronter aux données cliniques (anamnèse, toucher rectal, rétention urinaire ou prostatite aiguë)

Validé par : Dr. SEMLALI

السملاي  
Laboratoire Semlali  
SEMLALI M. YOUSSEF  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
138 AV. Bouzaiate-Doukkali  
Tel. 0523 343 722 - El Jadida