

# 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.

M23-0018394

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8687 Société : 196191

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAKIR BEN CHRA

Date de naissance : 20.10.65

Adresse : 7000

Tél. 06.69.26.55.09 Total des frais engagés : 5406,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 20/10/2017 Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22 FEV 2024

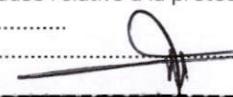
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



MR ZIOUTI AZIZ

N°8 BD AIN TAOUJTATE ETG 1

CASABLANCA BOURGOGNE

CASABLANCA BOURGOGNE

20053

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier : 84189115 Date et heure : 16/11/2023 11:32

Nom et prénom Assuré : ZIOUTI AZIZ

Immatriculation : 93808931 / 090287129

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZIOUTI AZIZ / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90129

Valeur en Dirhams : 5.406,10 Nombre de pièces : 10

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :

Réponse du Menus

**CNOPS**  
La sécurité c'est bien pour la santé

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

**ZIOUTI AZIZ**

**Droit Ouvert**

04/03/1962 - 8439477

9 N°8 BD AIN TAOUIJATE ETG 1 CASABLANCA BOURGOGNE ( 20053 )

PAIERIE PRINCIPALE DE REMUNERATIONS

007 780 000 391 100 030 323 757

Réponse du Menus

**CNOPS**  
La sécurité c'est bien pour la santé

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

**Information** **PAYE** **RETOUR POUR COMPLEMENT 1**

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

| Nb.Dossier(s) | Date de réception | Date Paiement      | Mode Paiement | Bénéficiaire | Frais engagés | AMO      | Mutuelle | Total    |
|---------------|-------------------|--------------------|---------------|--------------|---------------|----------|----------|----------|
| - 1           | -                 | 08/01/2024         | Virement      | -            | 5 406,10      | 2 564,00 | 351,00   | 2 915,00 |
|               | 16/11/2023        | Payé en : 53 jours |               | ZIOUTI AZIZ  | 5 406,10      | 2 564,00 | 351,00   | 2 915,00 |
|               | 84189115          |                    |               |              |               |          |          |          |

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger](#)

★★★★★

20 FEV 2024

## Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues est passible des sanctions légales et réglementaires. (Article 135 de la Loi 65-00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاریخ الایاع: ٢٠١٩/٠٩/٢٣



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري):

فاسق بالعافية (ة)

الاسم العائلي والشخصي:

FIOUTI AZIZ

310931

9311808931

1B14391472

رقم الاتصال:

رقم التسجيل:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Nom et prénom:

N° Affiliation:

N° Immatriculation:

N° CIN:

Lien de parenté du bénéficiaire  
avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  اب  ابنة

Adresse:

Montant des frais (Dhs):

Nombre de pièces jointes:

### Déclaration du médecin traitant

#### بénéficiaire de soins

#### المستفيد من العلاجات

Nom et prénom:

210011 AZIZ

Date de naissance:

1993/09/31

N° CIN:

1B14391472

Sexe\*:

Masculin  ذكر  Féminin  أنثى

### Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels  
et des Établissements de santé (INPE)

0914914058

الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة  
و مؤسسات العلاج

### نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق\*:

تاريخ الدخل:

التاريخ المرتقب للولادة:

تاريخ الاستشفاء:

تاريخ الحادث:

أسباب الحادث:

| Type de soins                             | Maladie* <input type="checkbox"/> | مرض * <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| Maternité* <input type="checkbox"/>       | أمومة * <input type="checkbox"/>  |                                |
| Hospitalisation* <input type="checkbox"/> | استشفاء* <input type="checkbox"/> |                                |
| Accident* <input type="checkbox"/>        | طعن * <input type="checkbox"/>    |                                |

| Pli confidentiellement:     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Date de grossesse:          |                              |                              |
| Date prévue d'accouchement: |                              |                              |
| Date d'hospitalisation:     |                              |                              |
| Date d'accident:            |                              |                              |
| Causes:                     |                              |                              |

|   |                    |
|---|--------------------|
| Fait à: Casablanca  | حرر بـ: Casablanca |
| Le: ٢٠١٩/٠٩/٢٣  | في: ٢٠١٩/٠٩/٢٣     |
| توقيع المؤمن (ة)  |                    |
| Signature de l'assuré (e)   |                    |
| أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه  |                    |
| D'accord sur l'honneur exactitude des renseignements portés ci-avant. |                    |

\* Cocher la mention vrai pour chaque case

Fait à: Casablanca  
Le: 26/10/2023  
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

مطباط الطبيب المعالج  
و المؤمنة الصافية  
Cachet et Signature du Médecin traitant  
ou du Responsable de soins

ضع علامة في الخانة المقابلة

Description des actes effectués

وصف العمليات المجردة

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et Cache du<br>médecin traitant  |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 26-10-23                          |                                | 3   | 400DH                      |                                   | Dr. YOUSSEF MILOUSSI<br>Anesthésie Réanimation<br>Clinique Zarrouk<br>Signature et Cache du Dr. YOUSSEF MILOUSSI<br>Anesthésie Réanimation<br>Clinique Zarrouk |
| 27/11/23                          | CPA                            |   | 250DH                      |                                   |  |
| 27/11/23                          | ECC                            |   | 100DH                      |                                   |  |
| 03/11/23 (coloscopie)             |                                |   | 2600.00                    |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   | CIM - 10   |

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة  
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution | الثمن المفoter<br>Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs<br>des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| 26/11/23                          | 336.10                         | PHARMACIE DE BOURG<br>341 Bd. ZARROUK 1000 Casablanca<br>Tél: 05 22 27 13 44   |
|                                   | INPE:092016815                 |  |
|                                   | INPE: [ ]                      |  |
|                                   | INPE: [ ]                      |  |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإخصاء، الأشعة والتصوير

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي<br>Signature et Cachet du Radiologue<br>ou Biologiste  |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 27/11/23                          | BASP                           |   |                            | 1000                              | Dr. YOUSSEF MILOUSSI<br>Anesthésie Réanimation<br>Clinique Zarrouk<br>Signature et Cache du Dr. YOUSSEF MILOUSSI<br>Anesthésie Réanimation<br>Clinique Zarrouk |
|                                   |                                |   |                            | INP: 0934058456                   |  |
|                                   |                                |   |                            | INP: [ ]                          |  |
|                                   |                                |   |                            | INP: [ ]                          |  |
|                                   |                                |   |                            | INP: [ ]                          |  |

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            | INP: [ ]                          |   |
|                                   |                                |   |                            | INP: [ ]                          |   |
|                                   |                                |   |                            | INP: [ ]                          |   |
|                                   |                                |   |                            | INP: [ ]                          |   |

# CLINIQUE ZARHOUN



# مصحة زرهون

Docteur HAMDANI Fouad

مصحة زرهون  
PHARMACIE DE BOURGOGNE  
BERRADA TAZI  
341, Bd. Zerkouani  
Tél: 05 22 27 73 44

## ORDONNANCE

Casablanca le: 26/10/73

أمراض الجهاز الهضمي  
وأمراض الكبد

GASTRO-ENTEROLOGIE  
HEPATOLOGIE

- الفحص بالمنظار
- Endoscopie Digestive
- تنظير المعدة
- Fibroscopie
- تنظير القولون
- Coloscopie

أمراض وجراحة الشرج

PROCTOLOGIE  
MEDICO-CHIRURGICALE

- Hemorroides
- ال بواسير
- الناسور الشرجي
- Fistule anale
- الشق الشرجي
- Fissure anale

الجراحة العامة والمنظارية

- CHIRURGIE GÉNÉRALE
- COELIO-CHIRURGIE

Mr Zinti A 383

maphar  
Boulevard Alkamil n°6  
Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V.: 73,50 DH  
6118001181193

7382

- Forlax

1320 1 g x 2 / 15 Dh

- Moridil

1730 1 g x 1000

10 ml x 2 / 15

1 g x 1000

MORIDIL  
Crème - Tube de 20 g  
P.P.V.: 13,20 Dh  
6 1 1 8 0 0 0 1 9 1 6 7 4

MORIDIL  
Suppositoires - Boîte de 12  
P.P.V.: 17,30 Dh  
6 1 1 8 0 0 0 1 9 1 6 8 1

مصحة زرهون  
PHARMACIE DE BOURGOGNE  
BERRADA TAZI  
341, Bd. Zerkouani  
Tél: 05 22 27 73 44

34 زنقة زرهون (رئس ساقها) - مرس السلطان - 21000 الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 27 84 06 - 05 22 27 27 11 - الفاكس: 05 22 27 80.75  
34 Rue Zarhoun (Ex. Reims) Mers-Sultan - 21000 Casablanca - Tél: 05 22 27 84 06 - 05 22 27 27 11 - Fax: 0522.27.80.75  
Email: clinique.zerhoun@gmail.com - I.F.: 402049307 - PATENTE: 34303192 - CNSS: 1617094 - ICE: 001752560000002

- Chayal Rao

2430 14p/mohler

- View up (gibbles)

Mr. L. W. 1 gal x 21.1/20

\* Fortnays (Hepatitis ✓ (bylei)).

VEIN UP  
LOT : 155240N  
DLUO : 05/2024  
PPC : 89.90 DH  
PHARMA CONNECT

maphar   
Boulevard Adolphe n°6  
Zi Berber Industrial Sid Béniouss - Casablanca - Maroc  
FORTRANS SAC B4  
P.P.V. : 142.20 DH  
6118001181209

Docteur HAMDAOUI Fouad  
Spécialiste en Médecine et en Radiologie  
Généraliste et Médecin Radiologue  
Clinique Zaytoun - Rue Zaytoun - Casablanca

PHARMACIE DE BOURGOGNE  
BERRADÀ TAZ1 Halima  
341, Bd. Zerkouni, Casablanca  
Tél.: 05.22.27.12.44



Dr .....

ORDONNANCE

Casablanca, le : 26.10.23.

**NOTE D'HONORAIRES**Le Docteur D<sup>r</sup> HAMDANI Fouad .....prie M<sup>r</sup> ZIAUTI AZIZ .....d'accepter l'expression de ses sentiments distingués  
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour .....

C. + An s'igne  
3.

s'élevant à la somme de 400 DHS

Docteur HAMDANI Fouad  
M. ZIAUTI AZIZ  
Gastro-Entérologue - Proctologie  
Clinique Zarhoun - Rue Zarhoun - Casablanca



Docteur HAMDANI Fouad

## ORDONNANCE

Casablanca le : 10/01/2023

أمراض الجهاز الهضمي  
وأمراض الكبد

GASTRO-ENTEROLOGIE  
HEPATOLOGIE

- الفحص بالمنظار

- Endoscopie Digestive

- تنظير المعدة

- Fibroscopie

- تنظير القولون

- Coloscopie

92 Zerhoun A313

- NFS - ph - G - r - TP

- TUR - GPO - Cystoscopy

- PEA - TG0 - TG0

- CCF - Arteriogram - TSH

- VIT D - Ch. r - TGO

Dr Hicham Bensouda  
CENTRE HOSPITALIER  
Zarhoun  
Docteur HAMDANI Fouad  
Medecin Specialiste  
Gastro-Enterologie - Proctologie  
Clinique Zarhoun - Rue Zarhoun - Casablanca

34 زنقة زرهون (رئس سابق) - مرس السلطان - 21000 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 84 06 - 05 22 27 27 11 - الفاكس : 05 22 27 80 75

34 Rue Zarhoun (Ex. Reims) Mers-Sultan - 21000 Casablanca - Tél : 05 22 27 84 06 - 05 22 27 27 11 - Fax : 0522.27.80.75

Email : clinique.zerhoun@gmail.com - I.F. : 402049307 - PATENTE : 34303192 - CNSS : 1617094 - ICE : 001752560000002

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr .....

ORDONNANCE

Casablanca, le : 021/11/2023

### NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur M. Ioussi,

prie M<sup>e</sup> Ziouïi Aziz

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués  
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires  
pour Anesthésie Générale

s'élevant à la somme de 250.00 DHS

*Dr. Youssi MILOUSSA  
Anesthésie Réanimation  
Clinique Zarhoun*



Dr.....

**ORDONNANCE**

Casablanca, le : 09/11/2023

**NOTE D'HONORAIRES**

Le Docteur HAMDANI

prie M<sup>me</sup> ZIOUTI AZIZ

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués  
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires  
pour copie

s'élevant à la somme de 13 000 DHS

# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA  
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006  
CNSS : 6368949 IF : 51786580 – ICE : 002982351000006

## FACTURE N° : 231001078

Casablanca le 27-10-2023

Mr ZIOUTI Aziz

Date de l'examen : 27-10-2023

| Récapitulatif des analyses |  |      |
|----------------------------|--|------|
| CN                         | Analyse                                | Clé  |
| 9105                       | Forfait traitement échantillon sanguin | E15  |
| 0100                       | Acide urique                           | B30  |
| 0111                       | Créatinine                             | B30  |
| 0106                       | Cholestérol total                      | B30  |
| 0141                       | Gamma glutamyl transférase ( GGT)      | B50  |
| 0118                       | Glycémie                               | B30  |
| 0229                       | Groupe ABO Rhésus                      | B60  |
| 0216                       | Numération formule                     | B80  |
| 0361                       | PSA                                    | B300 |
| 0239                       | Temps de céphaline: TCK                | B40  |
| 0134                       | Triglycérides                          | B60  |
| 0146                       | Transaminases O (TGO)                  | B50  |
| 0147                       | Transaminases P (TGP)                  | B50  |
| 0236                       | Taux de prothrombine                   | B40  |
| 0164                       | TSH us                                 | B250 |
| 0439                       | Vitamine D                             | B450 |
|                            | Groupe Sanguin Double saisie           | B0   |

Total des B : 1550

TOTAL DOSSIER : 1720.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille sept cent vingt dirhams .

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr Hicham ZIOUTI  
BIOLOGISTE  
394, Bd Zerkouni – Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 – Fax: 05 22 27 49 13



## C O L O S C O P I E

### CLINIQUE ZARHOUN

NOM ET PRENOM : MR ZIOUTI AZIZ .

DATE : 02.11.2023.

PREMIDICATION : Anesthésie général **DR MILOUDI** .

MOTIF : Rectorragies .

PREPARATION : Satisfaisante au fortrans .

COMPTE RENDU : Progression faite jusqu'au bas fond coecal objective une lésion angiodynplasique millimétrique du sigmoïde, Le reste de la muqueuse paraît normal ; au retrait de l'appareil on note des hémorroïdes congestives .

CONCLUSION :  
- lésion angiodynplasique .  
- Anite hémorroïdaire .

Signé. DR . HAMDANI .

# CLINIQUE ZARHOUN

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

DATE D'ENTREE 22/11/23 HEURE 8<sup>40</sup>

NOM ET PRENOM DU PATIENT SAÏD ZOUÏT AZIZ

N° CIN DU PATIENT OU TUTEUR

ADRESSE -----

TELEPHONE -----

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE-----

MEDECIN TRAITANT Dr HAMDANI

MOTIF D'HOSPITALISATION

AFFILIATION D'UNE COUVERTURE MALADIE

### ATTENTION

En cas de fausse déclaration, la clinique ne remplira pas de dossier de déclaration de maladie l'attention d'un organisme d'assurance de maladie

Partie réservée au admission des patients affiliés une couverture maladie

Nom et prénom de l'assurée-----lien parenté

Organisme assureur -----

Mode de paiement ----- payant ----- prise en charge

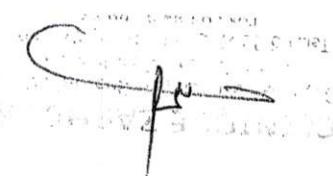
nom et prénom      signature

Partie à compléter à la sortie

DATE DE SORTIE 02/11/2023 HEURE 11<sup>00</sup>

DUREE D'HOSPITALISATION-----

### NOM ET PRENOM





CLINIQUE ZARHOUN

MEDECIN TRAITANT : DR HAMDANI  
 MEDECIN ANESTHESISTE : DR MILOUDI

FACTURE N 72711/2023

IDENTIFANT COMMUN 001752560000002

NOMS : MR ZIOUTI  
 ENOM : AZIZ

DATE DENTREE 02/11/2023  
 DATE DE SORTIE 02/11/2023

**FORFAITS CLINIQUE**

COLOSCOPIE

PART CLINIQUE 1050.00DH

**HONORAIRES MEDECINS**

|            |            |           |
|------------|------------|-----------|
| HONORAIRES | DR HAMDANI | 1300.00DH |
| HONORAIRES | DR MILOUDI | 250.00DH  |

TOTAL HONORAIRES 1550 .00DH

TOTAL GENERAL 2600.00DH

DEUX MILLE SIX CENT DIRHAMS 00CTS

MODE DE REGLEMENT PAR CHEQUE

CLINIQUE ZARHOUN  
 31, Rue Driss El Moutawakel (Route de Rabat)  
 Casablanca - Maroc  
 Tél: 05 22 21 42 22 - 22 21 42 22 24 Co  
 Fax: 05 22 21 42 22

ID-000666617 Nom  
Houmeans cm

07-85-90-55-07-11-02

Aug 2 1964

1000

