

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 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-790236

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6216 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKIL JAOUH

Date de naissance : 07/04/1963

Adresse : A 24586

Tél. 0673842055 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. BELGHITI Amine**
Anesthésiste Réanimateur

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pyélonéphrite aigüe

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 : 08/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : cerna

RELEVÉ 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
08/06/23			300.000 DH	Dr. BELGHITI Amine Anesthésiste Réanimateur

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Atlantic Route Coutière Robot Km 1 Mimosa - Mohammédia Tél : 05 23 33 00 47	08/06/2023	282,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Admission Clinique Internationale de Mohammédia Boulevard Mohammed VI Mohammédia INPE : 060065182	08/06/23	J.P.H. O.S.C.A.M.	2.000.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Service Admission Clinique Internationale de Mohammédia Boulevard Mohammed VI Mohammédia INPE : 060065182	08/06/23	PH				613,72 DH
	09/06/23	SV				

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Internationale de Mohammadia
المصحة الدولية للمحمدية

08/06/2023

PATIENT : AKIL JAMILA

PRESCRIPTEUR: ANESTHESISTE REANIMATEUR

UROSCANNER

TECHNIQUE :

Acquisition spiralee avec des coupes millimétriques sans et avec injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Rein droit discrètement augmenté de taille mesurant : 10x5.6x6 cm sans dilatation des cavités pyélocalicielles avec infiltration de la graisse péri rénale.

Rein gauche de taille normale mesurant : 10x4.5x5 cm sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Absence d'extravasation de PDC.

Uretères fins et libres.

L'index parenchymateux est sans anomalie.

Absence d'œdème significatif au niveau de l'uretère.

Vessie semi pleine de contenu homogène.

Utérus siège d'un stérilet.

Pas d'image d'adénopathies coelio-mésentériques ou rétro-péritonéales.

AU TOTAL :

Aspect scannographique en faveur d'une pyélonéphrite aigue à confronter au reste du bilan.

Incidentalome surrénalien gauche de 12 mm.

Merci de votre confiance.

Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien : <http://pacswebhpc.ddns.net>

identifiant : HIS496111539897 ; Mot de passe : HIS2648

Boulevard Mohammed VI, à coté de Station Shell-Marjane, Mohammedia

Tél. : 05 23 28 91 91 - Fax : 05 23 32 88 64

E-mail : direction@clinique-internationale-mohammedia.ma

Site web : www.clinique-internationale-mohammedia.ma

ICE : 003205405000084 - RC : 32249 - IF: 53571925

Service Admission
Clinique Internationale de Mohammedia
Boulevard Mohammed VI
Mohammedia
INPE : 061065082

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MOHAMMADIA



060065182

MOHAMMADIA Le : 08-06-2023

Facture N° 03621/23			C. Débiteur page 1/1			
A. Identification N° Dossier : CIM23F08001846 Nom & Prénom : Mme AKIL JAMILA C.I.N : C165638 Adresse : MOHAMMADIA			N° Identifiant : 002648/23			
B. Assuré Lien avec l'assuré : Lui même Nom prénom :			D. Période d'Hospitalisation ICE : Adresse : N° d'affiliation : N° d'immatriculation : N° Prise en charge : Date Entrée : 08-06-2023 Date Sortie : 08-06-2023			
Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR			Traitement : Urgence			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		613,77			613,77
Total Rubrique :						613,77
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
1	SALLE D'URGENCE		100,00			100,00
Total Rubrique :						400,00
RADIOLOGIE						
1	TDM UROSCANNER		2 000,00			2 000,00
Total Rubrique :						2 000,00
PARTIE CLINIQUE :						3 013,77
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 3 013,77

TROIS MILLE TREIZE DIRHAMS SOIXANTE-DIX-SEPT CENTIMES
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Service Admission
Clinique Internationale de Mohammedia
Boulevard Mohammed VI
Mohammedia
INPE : 060065182

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MOHAMMADIA

Séjour : Du 08/06/2023 au 08/06/2023

Patient : Mme AKIL JAMILA

N° Dossier : CIM23F08001846

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ACUPAN 20MG INJECTA (05)	6,78 Dh	1	6,78 Dh
ANDOL 1G INJ	18,80 Dh	1	18,80 Dh
ELECTRODES	1,17 Dh	3	3,51 Dh
GANT NITRIL JETABLE S.M.L	0,78 Dh	4	3,12 Dh
INTRANULE G20 ROSE	2,25 Dh	2	4,50 Dh
NO-SPA 40MG B/5 AMP INJ	4,00 Dh	2	8,00 Dh
OMNIFIX 10CMX10M	2,33 Dh	1	2,33 Dh
OMNIPAQUE 300MG / 50ML	116,50 Dh	2	233,00 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	6,84 Dh	1	6,84 Dh
PROLONGATEUR L150 SAP	5,99 Dh	1	5,99 Dh
SERINGUE 10 CC	1,95 Dh	2	3,90 Dh
SERUM SALE 0.9% 250 ML POCHE	9,00 Dh	2	18,00 Dh
TRIAxon 2 G INJECTA (01)	149,50 Dh	2	299,00 Dh
			613,77 Dh

Service Admission
Clinique Internationale de Mohammedia
Boulevard Mohammed VI
Mohammedia
INPE : 060065182

DATE : 08/06/2023

ORDRE D'ENCAISSEMENT PATIENT

Date d'admission : 08/06/2023

N° Dossier : CIM23F08001846

N° Identifiant : 002648/23

N° CIN : C165638

Nom et Prénom : AKIL JAMILA

Motif d'admission : Urgence

Demandeur : RYAD Yasser

Observation :

Heure d'edition : 02:19

Montant à Encaisser 3 013,77

Visa Donneur d'ordre :

Visa Régisseur :



AKDITAL

Clinique Internationale de Mohammadia
المصحة الدولية للمحمدية

Mohammedia, le 28-06-2023

AKIL **Dr. BELGHITI Amine**
Anesthésiste Réanimateur
JAMILA

Urosammer

Service Adm. Station
Clinique Internationale de Mohammadia VI
Boulevard Mohammed VI
N° 060065132
INPE : 060065132

Dr. BELGHITI Amine
Anesthésiste Réanimateur



AKDITAL

Clinique Internationale de Mohammadia
المصروفات الدولية للمحمدية

PHARMACIE ATLANTIC
Route Cotière Rabat Km1
Minoza- Mohammadia
Tél.: 05 23 33 00 47

Mohammadia, le

8/6/23

AKIL JAMLA

Dr. BELGHITI Amine
Anesthésiste Réanimateur

116130x2

1/ Onken 200g

27.50

1cp x 21J x 8J.

2/ Spasfon

22.20

1cp x 31J x 6J.

3/ Co-doliprane

282.30

1cp x 31J x 6J

Boulevard Mohammed VI, à coté de Station Shell-Marjane, Mohammadia

Tél. : 05 23 28 91 91 - Fax : 05 23 32 88 64

E-mail : direction@clinique-internationale-mohammadia.ma

Site web : www.clinique-internationale-mohammadia.ma

Dr. BELGHITI Amine
Anesthésiste Réanimateur

Codoliprane

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés sécables



Adulte

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

MISES EN GARDE SPECIALES :

Lire attentivement la notice.

Tenir hors de portée et de vue des enfants. إقرأ النشرة بتمعن.

طريقة الاستعمال :

عن طريق الفم.

إقرأ النشرة بتمعن.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات المحددة

جدول أ (الاحقة 1) (Liste A) Tableau A

كودوليبران®

بارا صيطامول / كوديين

400 ملغ / 20 ملغ

16 قرصا قابلا للكسرى

Codoliprane®

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés
sécables



للكبائر



6 118000 040217

COMPOSITION :

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine hémihydraté
(correspondant à codéine base
15,62 mg) 20 mg

التركيبية :

بارا صيطامول 400 ملغ
فوسفات الكوديين نصف مميه
(يتوافق مع قاعدة الكوديين
15,62 ملغ) 20 ملغ

b

bottu/ra

32, Allée des Casuarinas - Ah Sebila - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 51/21/NRQad/DMP/VHA/18

OROKEN® 200 mg



céfixime / cefixime

Voie orale / Oral use

8 comprimés pellic
8 film-coated tablets

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V : 116,30 DH



SANOFI

CLB04731
08 2022
07 2024

Lot/Batch:
Fab./Mfg:
EXP:



DE N°: 14/99/13B201/376



مؤذن صحت الدواء
Médicament autorisé
Authorized medicine
n° 34009 331 31135

التركيب:
سيفيكسيم ثلاثي هيدرات، كمية حوالية للسيفيكسيم اللاصقي، 200 ملغ
الأسوقفة: كمية كافية لقرص واحد مغلف.
تحذيرات خاصة: يمكن أن يسبب هذا الدواء ارتكاسات تحسسية.
اقرأ النشرة الدوائية بدقة قبل الاستعمال.
يحفظ بعيداً عن نظر الأطفال ومشتاوههم.
يحفظ في حرارة ما دون 25 درجة مئوية.

أوروكين®
200 ملغ
سيفيكسيم - عن طريق الفم
8 أقراص مغلفة

Fabricant/Manufacturer/المصنع: S.C. Zentiva S.A.
B-dul Theodor Pallady nr.50, sector 3,
București, cod 032269/Romania

Titulaire AMM/
Détenteur DE /MA Holder

الشركة العامة لخصا التوزيع/صاحب طرور التسجيل
sanofi-aventis France

82, avenue Raspail 94250 Gentilly- France

دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة
Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

OROKEN® 200 mg



céfixime / cefixime

Voie orale / Oral use

8 comprimés pellic
8 film-coated tablets

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp, pel b 8
P.P.V : 116,30 DH



SANOFI

CLB04731
08 2022
07 2024

Lot/Batch:
Fab./Mfg:
EXP:



DE N°: 14/99/13B201/376



مؤذن صحت الدواء
Médicament autorisé
Authorized medicine
n° 34009 331 31135

التركيب:
سيفيكسيم ثلاثي هيدرات، كمية حوالية للسيفيكسيم اللاصقي، 200 ملغ
الأسوقفة: كمية كافية لقرص واحد مغلف.
تحذيرات خاصة: يمكن أن يسبب هذا الدواء ارتكاسات تحسسية.
اقرأ النشرة الدوائية بدقة قبل الاستعمال.
يحفظ بعيداً عن نظر الأطفال ومشتاوههم.
يحفظ في حرارة ما دون 25 درجة مئوية.

أوروكين®
200 ملغ
سيفيكسيم - عن طريق الفم
8 أقراص مغلفة

Fabricant/Manufacturer/المصنع: S.C. Zentiva S.A.
B-dul Theodor Pallady nr.50, sector 3,
București, cod 032269/Romania

Titulaire AMM/
Détenteur DE /MA Holder

الشركة العامة لخصا التوزيع/صاحب طرور التسجيل
sanofi-aventis France

82, avenue Raspail 94250 Gentilly- France

دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة
Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة



05163

Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants

يحفظ بعيداً عن متناول ونظر الأطفال.

AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ

Spaston®
30 comprimés enrobés



6 118000 330226

Voie orale
عن طريق الفم



30 COMPRIMÉS ENROBÉS
30 قرص ملبس

Spaston®

phloroglucinol 80 mg / triméthylphloroglucinol 80 mg
فلوروغلويسينول 80 ملغ / ثلاثي ميثيل فلوروغلويسينول 80 ملغ

سناستون

acino

Bouleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.
الأمعاء spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

Zentih pharma

Lire attentivement la notice.

Composition : phloroglucinol hydraté 80,000 mg quantité correspondant en phloroglucinol anhydre 62,233 mg, triméthylphloroglucinol 80,000 mg pour un comprimé enrobé.

Excipient(s) qui ont un effet notoire : amidon de blé, saccharose, lactose.

ينبغي قراءة النشرة بانتباه.

التركيب : فلوروغلويسينول مميّه 80,000 ملغ، كمية تعادل من فلوروغلويسينول عديم الماء 62,233 ملغ، ثلاثي ميثيل فلوروغلويسينول 80,000 ملغ لكل قرص ملبس
أسوغة ذات أثر معلوم : نشاء الفصح، سكاروز، لاکتوز.



