

## 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  |
| ○ 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.

**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

Nº W19-530033

ND: 45027

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	IS 79	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAM Rep (CDB) ALL AM Famil
Nom & Prénom : BENMADDA			
Date de naissance : 25-04-1955			
Adresse : Der Boulaq Der Koucha bt			
Tél. :	06/839 301 12	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28/09/2020			
Nom et prénom du malade : BENMADDA Allal Jaouel Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : M. en place de feste dure de alimentation			
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) :

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Bouziane MARTINE PHARMACIE AL HUMRANE ALFA - DR KOUCH 06.62.54 06.02.19	29/02/2019	957.10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

Casablanca, le

28 09 2020

BERRADA AÏTAN Jamel

$$123.6 \times 4 = 494.40$$

1- Nexium 40 mg / month At - y - x 2 mgs  
222,00

2- Argentum 15x 27/11/2020

28.10

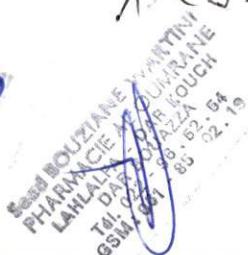
3- Vofakine 100 mg / month At - y - x 2 mgs  
4- Dipradol 181,60 + flacon

8,00

5-

Debutat 100 mg / month At - y - x 2 flacons

952,71,10



**Dr. SABIR Mostaphi**  
Hepato - Gastro - Endocrinologist  
26, Av Driss Lachraoui - CASABLANCA  
Tél: 05 22 22 90 64 / 65

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
LOT : 20E008V  
PER : 08 2022  
P.P.V : 45DH40  
  
6 118000 010494

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
LOT : 20E008V  
PER : 08 2022  
P.P.V : 45DH40  
  
6 118000 010494

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
LOT : 20E008V  
PER : 08 2022  
P.P.V : 45DH40  
  
6 118000 010494

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
LOT : 20E008V  
PER : 08 2022  
P.P.V : 45DH40  
  
6 118000 010494

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boite 14  
841150MP/21NRQ P.P.V:123,60 DH  
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boite 14  
841150MP/21NRQ P.P.V:123,60 DH  
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boite 14  
841150MP/21NRQ P.P.V:123,60 DH  
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boite 14  
841150MP/21NRQ P.P.V:123,60 DH  
6 118001 020607

DÉBRIDAT®  
Trimébutine

Flacon de 250 ml  
de suspension

**Mises en garde spéciales :**

Lire attentivement la notice

**Précautions particulières de conservation :**

Après reconstitution, la suspension ne doit pas être conservée plus de 4 semaines.

**Date d'ouverture du flacon :** .....

® Marque déposée de PFIZER Inc.

N ADSP : 240/DMP/21NRQ

Laboratoires Pfizer S.A.

0,5 Km, Route de Oualidia - EL Jadida - Maroc

DÉBRIDAT® 250 ml

Granulés pour  
suspension buvable



6 118000 250142

buvable en sachet  
poudre pour suspension

1g /125 mg



# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 222,00 DH  
LOT : 623085  
PER : 05/21



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline



150

નોગાલેને

નોગાલેને  
0.1%

નોગાલેને  
નોગાલેને

Lot :

EXP :

PPV :

28/10

NOGALENE®  
ME TOPIAMINE

0.1%  
Vince scale

Solution buvable

150 ml

SERINGUE 60CC GAVAGE (001)	1,00	6,00	6,00
SERINGUE 10CC (001)	34,00	2,00	68,00
SERINGUE 1CC (001)	1,00	2,00	2,00
SERINGUE 2,5 (001)	11,00	3,00	33,00
SERINGUE 20CC (001)	1,00	5,00	5,00
SERINGUE 50CC SAP (001)	5,00	6,00	30,00
OXYGENE OXY (01)	2,00	300,00	600,00
SERINGUE 5CC (001)	6,00	3,00	18,00
SONDE DE FOLEY ADUL (001)	1,00	15,00	15,00
SONDE DE SALEM (001)	1,00	45,50	45,50
SONDE D'INTUBATION (001) 3.....8.5	1,00	13,00	13,00
SONDES D'ASPIRATION (001)	4,00	5,00	20,00
SONDES D'ASPIRATION (001)	5,00	5,00	25,00
SULFATE DE MAG ML INJ (50)(1)	1,00	2,50	2,50
TEGADERM 6/7CM (001)	1,00	11,00	11,00
TEGADERM FILM (050)(1)	6,00	11,94	71,64
TENSOPLAST 10CM (010)(1)	1,00	8,00	8,00
THERMOMETRE DIGITAL (001)	1,00	30,00	30,00
<b>Total pharmacie</b>			<b>5 734,30</b>





Casablanca le 11/05/2020

Mr ADNANE MUSTAPHA

Note d'honoraires

212 form

1000,00 DHS

Dalle DHS

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20, Rue Ourhelma SAYAH  
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa  
Tel.: 0522 30.31.01-Fax: 0522.36.79.35

المستعجلات 24h/24h

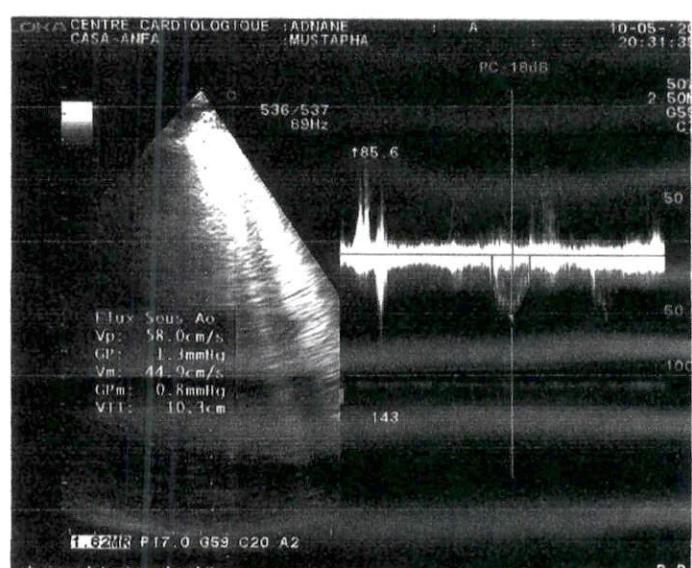
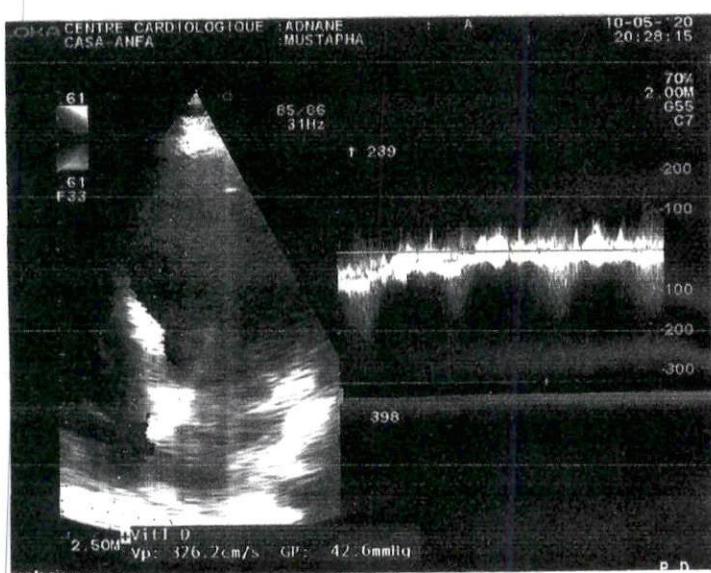
19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

[www.cardiocasaanfa.com](http://www.cardiocasaanfa.com) - Email. [contact@cardiocasaanfa.com](mailto:contact@cardiocasaanfa.com) - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا، الدار البيضاء الهاتف:

بناتنا: 35806678 - ت: ج: 1004548 - من وض: ج: 6021589 التعریف البنکی: 013 780 01104 01384700132 48





Casablanca le 11/05/2020

MR ADNANE MUSTAPHA

Note d'honoraires

01 Séance de Dialyse

2500,00 DH

Deux mille cinq cent DH

Docteur JABRANE ABDELAZIZ  
Spécialiste en Maladies du Rêve - Insomnie  
14. Bd. Yacoub El Mansour Casablanca  
Tel: 05 22 98 48 55-Fax: 05 22 98 88 05

المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

[www.cardiocasaanfa.com](http://www.cardiocasaanfa.com) - Email. [contact@cardiocasaanfa.com](mailto:contact@cardiocasaanfa.com) - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا، الدار البيضاء الهاتف:

بياننا: 35806678 - ت. ج: 1004548 - ص وض. ج: 6021589 التعرف البنكي: 48 013 780 01104 01384700132

# CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 28-09-2020

## Facture N° 10672/20

### A. Identification

N° Dossier : CAB20I28101842 N° Identifiant : 023534/20

**Nom & Prénom : M. BERRADA-ALLAM JAMAL**

C.I.N : B30237

Adresse : VILLA 109 OBHOR NORD BP 50817 ARABIE SAOUDITE AR

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 28-09-2020

Date Sortie : 28-09-2020

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : BERRADA-ALLAM JAMAL

Médecin traitant : DR . SABIR MOSTAPHA

Traitement : CHANGEMENT DE SONDE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>HOSPITALISATION</b>						
1	HOSPITALISATION CHAMBRE DOUBLE		400,00			400,00
Total Rubrique :						
						400,00
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		116,83			116,83
Total Rubrique :						
						116,83
<b>INTERVENTION</b>						
60	BLOC OPERATOIRE		25,00			1 500,00
Total Rubrique :						
						1 500,00
<b>PRESTATIONS</b>						
1	MATERIEL	KIT GASTRO	1 284,00			1 284,00
Total Rubrique :						
						1 284,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. SABIR MOSTAPHA (GASTROLOGUE)		2 000,00			2 000,00
Total Rubrique :						
						2 000,00
<b>HONORAIRES ANESTHESISTES</b>						
30	DR. MED.ANESTHESISTE MED.ANESTH (ANESTHESIE-REANIMATION)		30,00			900,00
Total Rubrique :						
						900,00
<b>PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
						6 200,83

SIX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS QUATRE-VINGT-TROIS CENTIMES

Cachet et Signature

Clinique Ain Borja  
 25 Boulevard Ifni Ain Borja  
 CASABLANCA  
 Tél: 05 22 41 63 63 - Fax: 05 22 40 11 17

Casablanca, le 28-9-2020

Dr. SABIR Mostapha  
Hepato - Gastro - Enetrologue  
26, Av Driss Lahrizi - CASABLANCA  
Tél: 05 22 22 90 64 / 65

SABIR Mostapha  
FERRADA Aliam Jamal

Compte-Rendu de Gastostomie Percutanée Endoscopique

- Un changement de la sonde de Gastostomie par fil guide l'orifice de l'obturator existant et recoupée par l'autodéchirage par le fibroskop.
- Introduction de la sonde d'alimentation par la branche et recoupée par l'orifice de la Gastostomie.
- Mis en place de la sonde au fixation par 75 accouplements, sans fermeture.

Curium : Mis en place de l'onde de Gastostomie percutanée par endoscopique

Dr. SABIR Mostapha  
Hepato - Gastro - Enetrologue  
26, Av Driss Lahrizi - CASABLANCA  
Tél: 05 22 22 90 64 / 65

SABIR Mostapha  
Hepato - Gastro - Enetrologue  
26, Av Driss Lahrizi - CASABLANCA  
Tél: 05 22 22 90 64 / 65

COOK

PEG-24-PULL-I-S

G22757

W4323839

(01)00827002227578(17)23025(10)W4323839

### Note d'honoraires

Je soussigne, Dr. SABIR Mostapha.

Certifie que Melle/Mme/Mr : BERRADA-ALLAM Jamal

Présente : 28-09-2020

Et nécessite :

Cotation K : 2000,00 Dhs

Indication :

Durée de séjour :

Dr. SABIR Mostapha  
Hepato - Cancer - Endocrinologie  
26, Av Driss Lahlou - CASABLANCA  
Tél: 05 22 22 93 54 / 65





N° BL associé 6777	N° Facture 482	Date 08/07/2020	N° bon client
-----------------------	-------------------	--------------------	---------------

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA

ICE 002030855000045

Casablanca

Article	Désignation	PU. HT	TVA	Qte	Total HT	TOTAL TTC
PEG-24-PULL-I-S	KIT DE GASTROSTOMIE PER ENDO	1 070,00	20,00	1	1 070,00	1 284,00

Code Banque	190
Code Guichet	780
N° de compte	21211 5175451 001 5
Clé RIB	45

Total HT	1 070,00
Total TVA	214,00
Total TTC	1 284,00

LA PRESENTE FACTURE EST ARRETEE A LA SOMME DE : MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-QUATRE DH TOUTES TAXES COMPRISES.

6   
 Tél: 0522 392 701 Fax: 0522 392 702  
 RC: 94807 Pat: 36630799  
 ICE: 001538863000067

Séjour : Du 28/09/2020 au 28/09/2020

Patient : M. BERRADA-ALLAM JAMAL

N° Dossier : CAB20I28101842

Organisme : PAYANT MUPRAS

**CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA**

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BETADINE PH2 BIDON 5L FAC (020)	9,77 Dh	1	9,77 Dh
COMPRESSE STERILE 10X10	5,55 Dh	1	5,55 Dh
ELECTRODES	2,11 Dh	3	6,33 Dh
GANT NITRIL JETABLE S.M.L	1,20 Dh	12	14,40 Dh
GANT STERILE GAMMEX AVEC POUDRE T7.5	9,44 Dh	2	18,88 Dh
INTRANULE G20 ROSE	2,40 Dh	1	2,40 Dh
OMNIFIX 10CMX10M	5,16 Dh	1	5,16 Dh
OXYGENE BLOC	1,00 Dh	30	30,00 Dh
PROVIVE 1% 20ML	21,28 Dh	1	21,28 Dh
SONDE D'ASPIRATION CH8	3,06 Dh	1	3,06 Dh
			<b>116,83 Dh</b>

Clinique Ain Borja  
 25, Boulevard Ifni Ain Borja  
 CASABLANCA (F)  
 Tel: 05 22 41 63 63-Fax: 05 22 40 11 12

**CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA****BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** CAB20I28101842**NOM DU PATIENT** M. BERRADA-ALLAM JAMAL**MÉDECIN TRAITANT** SABIR MOSTAPHA**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 28/09/2020**DATE DE SORTIE** 28/09/2020**MODE DE SORTIE** normal

Clinique Ain Borja  
25, Boulevard Ifni Ain Borja  
CASABLANCA  
Tel: 05 22 41 63 63 - Fax: 05 22 40 11 12