

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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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

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° M21- 0021988

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7075 / 4178 Société : (91320)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed Elhachemi

Date de naissance : 01/04/1964

Adresse : 37 Metimmet U=22 CIC

Préférence 8dlna

Tél. : 0662714016 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ghannem Mostafa Age :

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

Nature de la maladie : Affection respiratoire / Covid 19

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 : 06 / 09 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
06.09.21	(CS)		400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/21	1071,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	06/09/21					600,00 DHS

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE PNEUMOLOGIE D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb BERRADA

**Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des Troubles du Sommeil**

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU CHAMIRI MOSTAFA Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris - France
et à l'hôpital 20 Août - CHU Ibnou Rochd, Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية و النوم و الشخير

الدكتورة زينب بريدة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي
و أمراض النوم و الشخير

شهادة إجازة النوم كلية الطب باريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرت

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بتي سالتريار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

06/09/2021

Azilix 500 mg - comprimé

1 Comprimé, matin le premier jour puis 1/2 comprimé par jour pendant 10 jours

Vitaminec 1000 - comprimé effervescent

1 comprimé matin et à 16h pendant 10 jours

Zinaskin 45 mg - comprimé effervescent

1 Comprimé, matin pendant 10 jours

D cure forte

1 ampoule par semaine pendant 3 semaines

Cardioaspirine 100 mg - comprimé

1 Comprimé, matin, pendant 30 jours

Doliprane 1 g - comprimé

1 Comprimé, si fièvre ou maux de tête toutes les 6 heures

Oedes 20 mg - gélule

1 Gélule, avant les repas du matin, pendant 14 jours

Tavanic 500mg - comprimé pelliculé

1 Comprimé soir, après les repas, pendant 10 jours

Lovenox 6000ui antixa/06ml - solution injectable

1 injection en sous-cutanée par jour pendant 10 jours

Dexamethasone 6mg

1 comprimé le matin après le repas pendant 10 jours

Résidence Espace El Mansour

22 Bd Yacoub El Mansour, 3^{ème} Etage Bureau N°27, Maârif Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail : pneumologiesommeil@gmail.com

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain Sebaâ Casablanca
LOVENOX 4000UI anti-Xa/0.2ml ser B2
PPV : 349,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 2000UI ANTI-XA/0.2ML SER B2
P.P.V. : 67DH00



odique/enoxaparin sodium

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 2000UI ANTI-XA/0.2ML SER B6
P.P.V. : 180DH00



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
LOVENOX 4000UI anti-Xa/0.2ml ser B2
P.P.V. : 138,10 DH

PPV: 79DH70
PER: 05/23
LOT: J1508

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH



LOT 200711
EXP 01/2023
PPV 52.80 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 21/22
EXP: 06/2024

Allegations de santé :

- Complément alimentaire à base de Gluconate de Zinc
- Et Vitamine C :
- Le Zinc contribue au maintien du bon fonctionnement du système immunitaire, et aide à protéger les cellules contre le stress oxydatif.
- La Vitamine C contribue à réduire la fatigue et au fonctionnement normal du système immunitaire.

Composition :

Gluconate de Zinc : 100mg (dont 14 mg élément Zinc)
Vitamine C : 180mg
Cellulose Microcristalline: 17mg
Séparateur de Magnésium: 3 mg
Gélule végétale

Tableau Nutritionnel :

Ingédient	Quantité	% AJR
Zinc	14 mg	140%
Vitamine C	180 mg	225%

IMMUZINC

EXTRA VITAMINE-C

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.



Mode d'utilisation :

1 gélule par jour avec un grand verre d'eau, en dehors des repas.

Précautions d'emploi :

- A consommer dans le cadre d'un régime alimentaire varié. Ne pas dépasser la dose journalière indiquée. Tenir hors de portée des jeunes enfants. Conserver à l'abri de la chaleur, de la lumière et de l'humidité.
- Pour les femmes enceintes ou allaitantes, consulter un professionnel de santé.
- Réservé à l'adulte.
- Un complément alimentaire ne doit pas se substituer à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain.

Agrement Sanitaire ONSSA

N° CAPV.19.289.20

Fabriqué par H2O Cambogia Labs
Zone Industrielle El Mascar N°615 Marrakech
Tél : +212 5 24 35 65 75
www.h2ocambogialabs.com



678020137962

PVP : 85.00 Dhs
EXP : 06/2023
LOT : 6111468

FACTURE

N°

2021/0245

Date

06/09/2021

Mr Mostafa GHAMIRI

Référence	Désignation	Qté commandée	Prix unitaire	Total T,T,C
	LOCATION Concentrateur d'oxygène 15j	1	600,00	600,00
<p>CPAP MAROC 12, Rue Gascogne, Quartier des Hôpitaux Casablanca Tel: 0684 016 016</p>				

Arrêtée la présente facture à la somme de :

six cents Dirhams

Total H.T

500,00

T.V.A

100,00

Total T.T.C

600,00