

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

CASA

91380

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7075* Société : *14178*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Shoebi* *Mostafa*

Date de naissance : *01/04/64*

Adresse : *37 Rue Tifat 70-92 CTC*

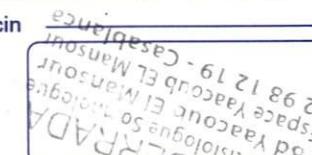
Résidence *Salma*

Tél. *0662716016* Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : *Chaimie 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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06.09.2011 | (CS) | | 400,00 | 0572298 F.09.2011 Rés. ESPACE D'ACCUEIL 22, Bd Yves du Bousquet Parcoursopharmacie 33 Zincé BERP |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| | 06/09/2021 | 1041.2 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

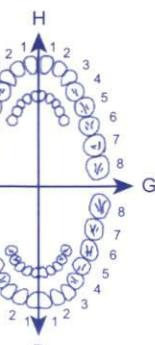
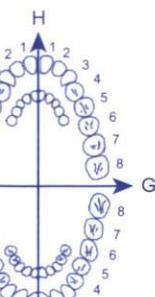
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
|  CPAP MAROC 2, Rue Gascons, Quartier des Hôpitaux d'Assistance Téléphone: 0624 016 016 | 01/07/17 | | | | | 600,00 DHS |

RELEVE 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain Sébaâ Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,2ML SER B6
P.P.V. : 349,00 DH
6 118001 080465

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 2000UI ANTI-XA/0,2ML SER B2
P.P.V. : 67DH00

6 118001 080496
odique/enoxaparin sodium

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 2000UI ANTI-XA/0,2ML SER B6
P.P.V. : 180DH00

6 118001 080489

6 118001 080471
Sanofi Aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sébaâ Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,2ML SER B6
P.P.V. : 138,10 DH

6 118001 080472
Sanofi Aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sébaâ Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,2ML SER B6
P.P.V. : 79DH70
PER: 05/23
LOT: J1508

6 118001 080097
AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
P.P.V. 60,00 DH

6 118001 080711
LOT 200711
EXP 01/2023
PPV 52,80 DH

6 118001 080222
AZ 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
P.P.V. 49,60 DH
LOT: 21/22
EXP: 06/2024

Allégations de santé :

- Complément alimentaire à base de Gluconate de Zinc
- 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 d'élément Zinc)
- Vitamine C : 180mg
- Cellulose Microcristalline: 17mg
- Sulfate de Magnésium: 3 mg
- Gélule végétale

Tableau Nutritionnel :

| Ingrediént | Quantité | % ADR |
|------------|----------|-------|
| Zinc | 14 mg | 140% |
| Vitamine C | 180 mg | 225% |

IMMUZINC

EXTRA VITAMINE-C



6 118001 080473

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 :

- À consommer dans le cadre d'un régime alimentaire varié. Ne pas dépasser la dose journalière indiquée. Tenir hors de portée de la 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.

Argement Sanitaire ONESA

N° CAPV-19-2091-20

Fabriqué par H2O Cambogia Labs
Zone Industrielle El Massar N°615 Marrakech
Tél. +212 5 24 35 65 75
www.h2ocombogialabs.com

P.V.P. : 95,00 Dhs
EXP : 06/2023
LOT : 0111468

678020137962



CPAP MAROC S.A.R.L

Siège Social

265 Boulevard Mohamed Zerkouni

20000 Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 49 00 96

: 06 20 55 49 12

Fax : 05 22 49 00 18

info@cpap-maroc.com

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 |

CPAP MAROC
12, Rue Gascogne, Quartier
des Hôpitaux Casablanca
Tel: 0664 016 016

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 |