

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01524

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ANSARI Abdelhak

Date de naissance :

19/03/1949

Adresse :

22 Rue d'AVESNES RESIDENCE BORT MALAKIA,
Appt. 4... Etage 4... BELVEDERE CASABLANCA

Tél. : 06 66 40 42 43

Total des frais engagés 3244,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/10/2023

Nom et prénom du malade :

el ANSARI Abdelhak Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hypertension

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

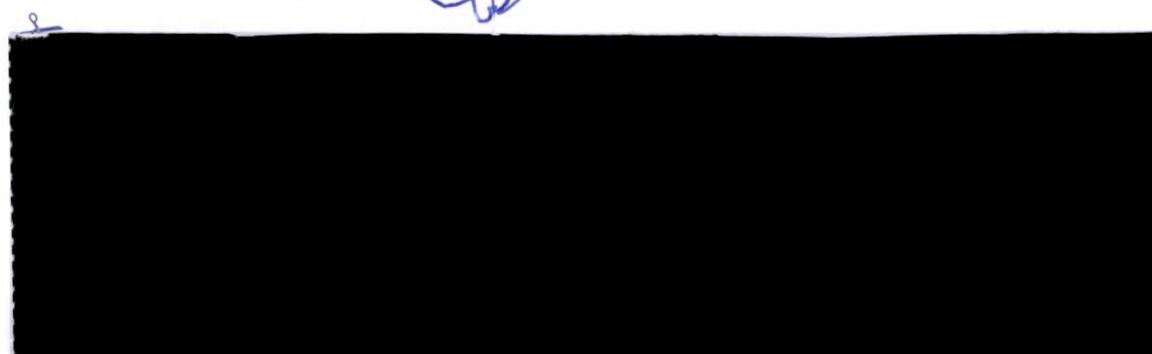
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 16/10/2023

Le : 16/10/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/10/23 | C | 300 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE OLYMPIA 55 Rue Sijilmassa Béjaïa - Algérie Tél: 06 22 30 30 32 | 16/10/23 | 2169,00 |
| ICEN : 030090300061 | 16/10/23 | 475,40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES Total 2944,40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

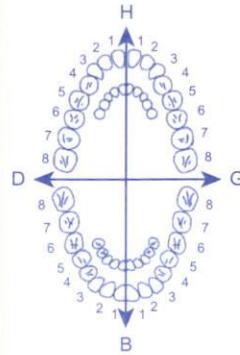
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

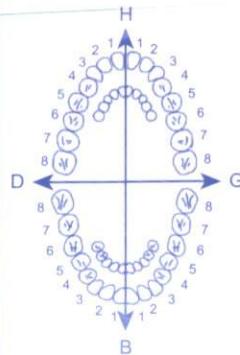
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| OD.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | MONTANTS DES SOINS |
|---|---|--------------------|
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | |
|-------------------|-----------------|-------------------------|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | |
|---------------|---------------------|-------------------------|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

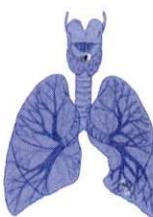
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Kacem ZAOUAK

C.E.S DE PNEUMOLOGIE
D.U. D'ALLERGOLOGIE
SPÉCIALISTE

MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES
RONFLEMENT - APNÉES DU SOMMEIL
DIPLÔME DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



الدكتور قاسم الزواق
اختصاصي

أمراض الجهاز التنفسي و أمراض الحساسية
الشخير - انقطاع التنفس بالليل
خريج جامعة بوردو

Casablanca, le :

(٢٠١٦)

الدار البيضاء في :

٢٠١٦

783,00 x 3

~~٤٣٧,١٣٠~~



٣٦

~~٢١٦٩,٠٠~~



٤٦

١٥٢٠٠ x 3



٥٣٦

~~٣٩٠٧~~



٢٦

٨٨٤٥ x 3

~~TABUNET~~



٢٦

١٥٢,٥ x ٢

٢٦

~~٤٤٥,٤٠~~



٢٦

المستعجلات : ٠٥ ٢٢ ٤٤ ٥٢ ٨٤ - الهاتف : Urgences : ٠٦ ٦١ ١٧ ٧٦ ٢٦

91 زنقة الحرية الطابق 4 الشقة 12 - بنجدية أمام عمارة 17 طابق - الدار البيضاء
91, Rue Liberté, 4 étage , appt 12 - benjdia à côté de l'immeuble 17 étages casablanca
E-mail : Zaouak@hotmail.com

PHARMACIE LA RÉSISTANCE
CASABLANCA
Med V Casablanca
0522 30 30 82
002009033000061

٢٦

٢٦

٢٦

٢٦

٢٦

٢٦

Dr. ZAOUAK Kacem
Pneumo-allergologue
Rue Liberté - Casablanca
0522 30 30 82
Tél: 0522445288



JK

tabuk

Doses
isatations
on nasale
n pour
Suspension pour
pulvérisation nasale
120 Pulverisations
nose

Anhydride
De Mometasone
Furoate
Furoate

Tabunex® nex®



0.05% 05%

N° Lot : N° Lot :
Fab. : Fab. : 3W924
Per. : Per. : 04/2023
PPV: 102.10 Dt PPV: 102.10 Dhs

PROTON®

Oméprazole 20 mg

28 gélules

Voie orale

LOT C0400

EXP 11/24

PPV 102DH00

Proton® 20 mg

28 gélules



6 118001 250479

PROTON®

Oméprazole 20 mg

28 gélules

Voie orale

LOT C0400

EXP 11/24

PPV 102DH00

Proton® 20 mg

28 gélules



6 118001 250479

PROTON®

Oméprazole 20 mg

28 gélules

Voie orale

LOT C0400

EXP 11/24

PPV 102DH00

Proton® 20 mg

28 gélules



6 118001 250479

 NOVARTIS

PPV : 723,00 DH

EXP
LOT
MFD

02 2025
B8936K
03 23

02 2025
B8936K
03 23

02 2025
B8936K
03 23

NOVARTIS

PPV : 723,00 DH

EXP
LOT
MFD

02 2025
B8936K
03 23

02 2025
B8936K
03 23

02 2025
B8936K
03 23

اء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
تلاع الكبسولات
ة النشرة قبل استعمال الدواء

ULTIBRO®BREEZHALER®

110 µg/50 µg

Poudre pour inhalation

اء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
تلاع الكبسولات
ة النشرة قبل استعمال الدواء

ULTIBRO®BREEZHALER®

110 µg/50 µg

Poudre pour inhalation
en gélule. Boîte de 30.

عن متناول الأطفال

اء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
تلاع الكبسولات
ة النشرة قبل استعمال الدواء

ULTIBRO®BREEZHALER®

110 µg/50 µg

Poudre pour inhalation
en gélule. Boîte de 30.



6 118001 031481

**** PHARMACIE OLYMPIA ****

DR BOUAMRANI EP RIFFI FATIMA

55.BD SIJILMASSA BELVEDERE CASABLANCA



Patente N°: 31203137

N° R.C. : 160564

Compte :

CNSS : 1772343

Id.Fiscale : 46201040

ICE : 001715845000064

Le : 17/10/2023

MER EL ANSARI ABDELHAK

INPE
092046044

FACTURE : 18464 du : 17/10/2023

| Qté | Désignation | Prix PPV | Montant | TVA |
|-----|-----------------------|----------|----------------|-------|
| 3 | ULTIBRO PDRE/INHAL CP | 723,00 | 2 169,00 | 7,00% |
| | Total TTC | | 2169.00 | |
| | Droits de timbre | | 5.42 | |
| | Net à payer | | 2174.42 | |

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX MILLE CENT SOIXANTE QUATORZE DIRHAMS ET QUARANTE DEUX CTS**

| | Taux | HT | TVA | TTC |
|-------|------|-----------------|---------------|-----------------|
| 7.00% | 7,00 | 2 027,10 | 141,90 | 2 169,00 |
| | | 2 027,10 | 141,90 | 2 169,00 |

