

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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

- 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 : 8051

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KALIINI Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0660329091

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mestour M'hamed Houda
RHUMATOLOGUE
Tél.: 0522 730 068

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
20/01/2023	Consultation	1	2000	 Dr. Mestour Mihai Hora ATOLOGUE 06-3730 068

200

Docteur Mesdour Mini Hounds
RHUMATOLOGUE
0522 730 068

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Le Général de Gaulle 33400 TALENCE Tél : 05 56 80 72 99 Fax : 05 56 04 24 89 N° 332021955	29/03/2023	29,12,-

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ce du Général de Gaulle
33400 TALENCE
Tél. : 05 56 80 72 99
Fax : 05 56 04 24 89
N° 332021955

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

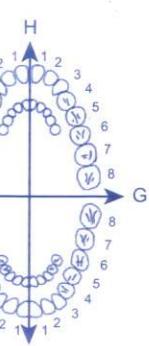
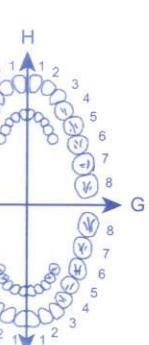
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DE THOUARS
CARLES-JEBBARI-POUVEREAU
Place du Général de Gaulle
33400 TALENCE
France

Page 1/1

SIREN : 447686403
N° TVA intracommunautaire: fr34447686403
Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 05.56.80.72.99

KALTIM Abdelmjid

33400 TALENCE
France

Caisse : 01 Opérateur n° 12 B
Client : KALTIM Abdelmjid

Facture n° 498641 du 29/03/2023 - vente n° 123032900240 - FSE n° 1186676

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 4158755 9	METFORMINE 1 000MG EVOL CPR SEC 90	1	5,387	5,39	2,10	5,50
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34009 3801485 3	APROVEL 150MG CPR 90	1	15,436	15,44	2,10	15,76
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	2,703	2,70	2,10	2,76
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57

Quantité Produit : 2

Banque: credit lyonnais

IBAN:

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	28,52	0,60	29,12
Totaux	28,52	0,60	29,12

Part principale		Part assuré	29,12
Part complémentaire			

Net à payer	29,12
--------------------	--------------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en ESPECES, date d'échéance : 29/03/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

JUSTIFICATIF VITALE (Ordonnance payante - 00 -)

No : 1186676

PHARMACIE DE THOUARS

Place du Général de Gaulle

33400 TALENCE

Mal: KALTIM

33 2 02195 5

CARLES-JEBBARI-POUVEREAU

Tel: 05.56.80.72.99

Abdelmjid

Ne le:00/00/1900 Rang:1

Nature: Exo:

No: 331996041

Deliv du: 29/03/23

AMO:

Vendeur : B

QTE-----Produits-----P.U.---(Base)--Hon--Taux

1 METFORMINE 1 000MG EVOL CPR 5.50 1.02 65%

34009 4158755 9 Ordo: 001196631

1 APROVEL 150MG CPR 90 15.76 2.76 65%

34009 3801485 3 Ordo: 001196632

HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE 0.51 70%

HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE 3.57 70%

TOTAL FACTURE : 29.12 2 Produits
MONTANT A.M.O : 0.00 MONTANT A.M.C : 0.00
Paye par l'assure : 29.12

De : rida kaltmi <rida.kaltmi@gmail.com>
 Date : 29/03/2023, 18:41
 Pour : pharmacie.dethouars@perso.alliatis.net

Docteur Mestour Mrini Houria
 RHUMATOLOGUE
 Tél.: 0522 730 068

Docteur Houria MESTOUR-MRINI

Diplômé de la Faculté Médecine
 Nancy-FRANCE

Spécialiste des Maladies des Os, Muscles
 Colonnes Vertébrales, Articulations et Rhumatismes
 Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

الدكتورة هوريه مس TOO مريني

ممرضة كلية العلاج
 ساسبرس (فرنسا)

احسانة في اراضي المغاربة 2000 - باريس
 العضلات العصبية المفتوحة والغضروف الرئيسي (عصايم)
 مرضية العظام والكلويات فرنسا

Casablanca, le

29/3/23

الدار المسنن في

KALTMI Abderrazak

Metformine 1000

1 mg / 5 mois

Amovel 1%
 14 g / 3 mois

Docteur Houria Mestour
 RHUMATOLOGUE
 Tél.: 0522 730 068

شارع أبي در الفقاري شفوني أمل 3 زنقة 3 رقم 20 سيدى البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 730 068
 22 73 00 68
 Abou Derr Al Ghafari (Choufoni) Amal 3, Rue 3 N° 20 Sidi Bernoussi - Casablanca - Tel.: 05 22 73 00 68

26 27 28 29 30

PHARMACIE DE THOUARS
 Place du Général de Gaulle
 33400 LA ROCHELENE
 Tél. : 05 56 80 72 99
 Fax : 05 56 04 24 89
 N° 332021955

Docteur Houria MESTOUR-MRINI

الدكتورة هوريه مستور المريني

Diplômée de la Faculté Médecine
Nancy-FRANCE

خريجة كلية الطب
بنانسي (فرنسا)

Spécialiste des Maladies des Os, Muscles
Colonne Vertébrale, Articulations et Rhumatismes
Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

اختصاصية في أمراض العظام والمفاصل
العضلات العمود الفقري وأمراض الرئبة (روماتيزم)
طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le

29/3/23

الدار البيضاء، في

KALT mi Abelwajh

1/ Metformine 1000
29/3/23

2/ Aurovel 100
29/3/23

Dr. Houria Mestour Mrini Houda
RHUMATOLOGUE
Tél.: 0522 730 068

Metformine

EvoluGEN®

Chlorhydrate de metformine

1000 mg

90 comprimés pelliculés sécables



PLAQUETTE VIDE
+ ETUI VIDE



3400941587559

PC: 03400941587559
SN: 5937371912308
LOT: FCH062004


EXP: 02/2025



APROVEL®

comprimés pelliculés
irbésartan

Voie orale

90 comprimés

150 mg

SANOFI

150 mg

APROVEL®
comprimés pelliculés
irbésartan