

# 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

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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

M22- N° 002386

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8052 Société : I 63797

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KALIM ALDEHYIN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0660329091 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mestour Mimi Houda  
RHUMATOLOGUE  
Tél.: 0522 730 068

Date de consultation : 29/3/2023

Nom et prénom du malade : KALIM ALDEHYIN Age:

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

Nature de la maladie : Diabète HTA

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 : Marrakech Le : 29/3/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
29/03/2023	C		200	

Docteur Mestour Mini Houwa  
DENTISTE  
Tél : 0522 730 068

# EXECUTION DES ORDONNANCES

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

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

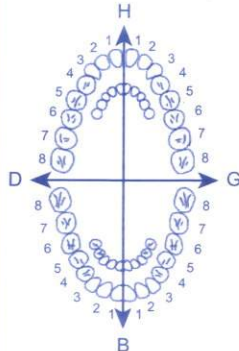
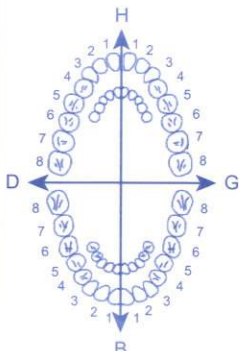
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	<b>29,12</b>

Part principale		Part assuré	29,12
Part complémentaire			

<b>Net à payer</b>	<b>29,12</b>
--------------------	--------------

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

Dr : MEDECIN ETRANGER

Ordon 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

MONTANT A.M.O : 0.00

Paye par l'assure : 29.12

2 Produits

MONTANT A.M.C

: 0.00



De : rida kaltmi &lt;rida.kaltmi@gmail.com&gt;

Date : 29/03/2023, 18:41

Pour : pharmaciedethouars@perso.alliadis.net

Docteur Mestour Mrini Houria  
 RHUMATOLOGUE  
 Tél.: 0522 730 068

Docteur Houria MESTOUR-MRINI  
 Diplômée de la Faculté Médecine  
 Nancy-FRANCE  
 Spécialiste des Maladies des Os, Muscles  
 Colonne Vertébrale, Arthralgies et Rhumatismes  
 Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

الصاحبة د. هورية ماستور المروني  
 خريجة كلية الطب  
 بـ (فرنسا)  
 اختصاصية في أمراض العظام والعضلات  
 العضلات العمود الفقري وأمراض المفاصل (علاجها)  
 طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 29/3/23 العار البيضاء في

KALTMi Abou Derr Al Ghafari

Metformine 1000  
 14g / 5 mois

Approved 1st  
 14g / 3 mois

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

Docteur Mestour Mrini Houria  
 RHUMATOLOGUE  
 Tél.: 0522 730 068

شارع أبي ذر الغفاري شيفوني أمل 3 زنقة 3 رقم 20 سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 00 68  
 Abou Derr Al Ghafari (Choufonni) Amal 3, Rue 3 N° 20 Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél.: 05 22 73 00 68

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



Docteur Houria MESTOUR-MRINI

Diplômée de la Faculté Médecine  
Nancy-FRANCE

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

المستورة حورية ماستور المريني

خريجة كلية الطب  
بنانسي (فرنسا)

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل  
العضلات العمود الفقري وأمراض الرثية (روماتيزم)  
طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 29/3/13 الدار البيضاء. في

KALMI Abdelmajid

1/ Metformine 1000  
14/3/13

2/ Apurvel 100  
14/3/13

Docteur Mestour Mrini Houria  
RHUMATOLOGUE  
Tél.: 0522 730 068

ذر الغفاري شفووني أمل 3 زنقة 3 رقم 20 سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 00 68

Bd.Abou Derr Al Ghafari (Choufouni) Amal 3, Rue 3 N° 20 Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél.: 05 22

Metformine  
*EvoluGEN*<sup>®</sup>

Chlorhydrate de metformine

**1000** mg

90 comprimés pelliculés sécables



PLAQUETTE VIDE  
+ ETUI VIDE



3400941587559

PC: 03400941587559  
SN: 5937371912308  
LOT: FCH062004  
EXP: 02/2025





**APROVÉL<sup>®</sup>**

comprimés pelliculés  
**irbésartan**

Voie orale

**90 comprimés**

**150 mg**

**SANOFI** 

**150 mg**

**APROVÉL**

comprimés pelliculés  
**irbésartan**