

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : 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.

**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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440

Société : .....

Actif  Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : M. E

AT KASS BOUJEDDOUN

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : 2, Rue 22 Mars, Casablanca

Tél. : 0663058589

Total des frais engagés : .....

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Age : .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté : .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : Mars

Le : 15/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><del>PHARMACIE VICTOR HUGO</del></p> <p><del>BOUKOBZA David</del></p> <p><del>92 2017884</del></p> <p><del>Victor Hugo 92900 Levallois-Perret</del></p> <p><del>77-28804 / Fax: 0141060675</del></p>	17/08	11,48€

## **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	

#### **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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the three-dimensional structure of the human genome as a double helix. The chromosomes are represented by numbered ovals (1-8) arranged in two parallel rows, forming the rungs of the helix. The vertical axis is labeled with letters A through H, representing different chromosomes or linkage groups. The horizontal axis is indicated by arrows pointing left (D) and right (G), and the vertical axis is indicated by an arrow pointing up (H). The chromosomes are shown as loops, with some labeled with numbers (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) and others with letters (e.g., A, B, C, D, E, F, G, H).

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie Victor Hugo  
73 rue Victor Hugo  
92300 Levallois Perret FRANCE  
Tel 0147370804-Fax 01 41 06 06 75  
92 2 01788 4  
53176766300010.4773Z  
FR17 3000 2500 2100 0000 9852 F61  
FR67531767663  
531767663 seleurl 531767663  
pharmacievictorhugo92@gmail.com

Le 18/08/2022

Page 1/1

Montants en €

Ticket 865456

à 11:48:37

Date facture

17/08/2022

AIT KASS BOUJEMAA  
ETRANGER  
92300 LEVALLOIS PERRET

Code	Désignation	TVA	Px Un.	Qté	Total TTC
3400927798269	DILTAZ MYL LP 300MG GEL LP PLQ/30	F	6,31	1	6,31
3400933761028	ODRIK 2MG GEL PLQ/30	F	4,66	1	4,66
Honoraire	médic. remboursable	F	0,51	1	0,51

L Diltiaz m'existe pas en France  
DILTIAZ. même formule

Odrik®  
Trandolapril

2 mg  
30 Gélules

Taux TVA	A : 0.00	B : 20.00	C : 10.00	D : 5.50	E : 33.33	F : 2.10		
Base H.T.						11,25	Total H.T.	11,25
TVA						0,23	Total T.V.A.	0,23
TTC						11,48	Total T.T.C.	11,48
Nombre						3		
2 lignes, 3 produits	D. DYANA	(NF 525) Pharmaland V 12.556 B0174MKY						
La Pharmacie vous remercie de votre aimable visite							A régler	11,48

Réglé Espèces le 17/08/2022

PHARMACIE VICTOR HUGO seleurl  
BOUKOBZA David  
92 2017884

73 rue Victor Hugo 92300 Levallois-Perret  
Tel 0147370804 / Fax 0141060675

# Diltiazem

Mylan

L.P. 300 mg

Chlorhydrate de diltiazem



30 x

Voie orale



30 gélules à libération prolongée

Médicament autorisé n° 34009 277 982 6 9



PC : 03400927798269  
SN : 16886383639917  
LOT : Y3061  
EXP : 01 2025

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance



3400927798269

**CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO VASCULAIRES**

**Docteur TAGMOUTI Fouad**

SPECIALISTE DES MALADIES  
DU COEUR ET DES VAISSEAUX

Diplôme d'Etat de la Faculté de Médecine de Lyon  
Membre de la société Française et Européenne de Cardiologie  
*Sur Rendez-vous*

الدكتور التكموتي فؤاد  
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
خريج كلية الطب بيروت  
عضو الجمعية الفرنسية والأوروبية لأمراض القلب  
بالمرعد

Casablanca, le

15/8/22

AIT KASSIM Boujemaa

1/ Dilefene 300 1cp/j

2/ Odrix 2 1cp/j

PHARMACIE VICTOR HUGO seluri  
BOUKOBZA David  
92 2017884  
73 rue Victor Hugo 92300 Levallois-Perret  
Tel 0147370804 / Fax 0141060675

3 mois

DOCTEUR Fouad TAGMOUTI  
21 Avenue Lahcen Ouidder - Casablanca  
Tél: 0522.22.20.91 / 0522.26.75.14 - Fax: 0522.27.75.90 - Email : tagfouad@hotmail.com



REDMI NOTE 9S  
AI QUAD CAMERA