

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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**



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0046659

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. M. KASS BOUJOMAN

Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : 2, Rue 28, 20000 Casablanca

Tél. : 0663058589 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : 15/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/08/2022



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

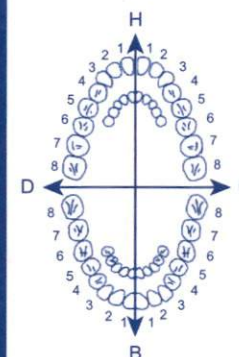
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412      21433552  
00000000      00000000  
D      G  
00000000      00000000  
35533411      11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



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	DILTIAZ 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

*Diltiazem*

*DILTIAZ.*

*n'existe pas en France  
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	
TVA					0,23	
TTC					11,48	
Nombre					3	

2 lignes, 3 produits D. DYANA (NF 525) Pharmaland V 12.556 B0174MKIY

La Pharmacie vous remercie de votre aimable visite

**A régler**

**11,48**

Réglé Espèces le 17/08/2022

**PHARMACIE VICTOR HUGO** selurl  
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



3400927798269

**Respecter les doses prescrites**

**Liste I - Uniquement sur ordonnance**



# 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 و الشرايين  
خريج كلية الطب بليون  
عضو الجمعية الفرنسية والأوروبية لأمراض القلب  
بالموعد

Casablanca, le

15/8/22

AIT KASS' Borge MAA

1/ Dilerene 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  
Cardiologue  
21 Avenue Lahcen Ouidder Résidence Germaine 3 - Casablanca  
Tel: 05 22 22 20 91 / 05 22 26 75 14  
Fax: 05 22 27 75 90

21, Avenue Lahcen Ouidder Résidence Germaine 3 - Casablanca

Tél.: C. 0522.22.20.91 / 0522.26.75.14 - Fax.: 0522.27.75.90 - Email : tagfouad@hotmail.com



REDMI NOTE 9S  
AI QUAD CAMERA