

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



Declaration de maladie

N° W21-775017

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : 109936  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ASAL OTMANE  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : 95 RUE EL ORTOVANE ET 3 Apt J  
 W44 PHA CASA  
 Tél. : 061253331 Total des frais engagés : 78,62 €

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ASAL OTMANE 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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 17/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



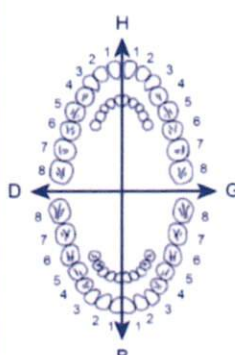
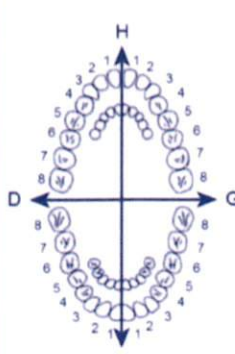
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>	
					MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            11433553         </div> </div>				
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>	
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 30px;"></span>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



PHARMACIE DU RUGBY  
Mme Molliex DOCTEUR EN PHARMACIE  
55 rue paul hochart  
94240 L HAY LES ROSES  
FRANCE  
Tel: 0146864802  
N° SIRET: 90164847700015  
Code NAF: 4773Z - FR48901648477

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°10199

Du 17/12/2022

Date de l'échéance 18/12/2022

AJAL Otmane  
10 rue docteur bourrier  
91600 SAVIGNY SUR ORGE

Opérateur: RITA T

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
FORXIGA 10MG CPR 30X1 3400926649975 N° Lots : TAUL	2	37,502	2,10%	75,01
Honor. dispens. HD7	2	0,999	2,10%	2,00

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
77,00	2,1% (4)	1,62	78,62
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
77,00		1,62	78,62

Mode(s) de règlement

Règlements multiples  
(CB)

78,62

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

PHARMACIE DU RUGBY  
Dr M. Molliex  
55, rue Paul Hochart  
94240 L'HAY LES ROSES  
Tél : 01.46.86.48.02 - Fax : 01.46.87.63.42  
942 017 591

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1



**Docteur Hassan EL GHOMARI**  
**Professeur à la F.M.P.C**  
Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition & Croissance  
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc  
de Montréal - Canada



**الدكتور حسن الغماري**  
أستاذ جامعي بكلية الطب و الصيدلة  
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري  
التغذية و النمو  
طبيب سابقا بمستشفى سان لوك  
مونتريال - كندا

Casablanca, le : 29/01/2022 : الدار البيضاء في :

**Mr. AJAL Otmane**

60,00 X 3

ODIA 3 MG

419,00 X 3 1 - 0 - 0 pendant 3 Mois

FORXIGA 10

0 - 1 - 0 pendant 3 Mois

GLUCOPHAGE 850

1 - 0 - 1 pendant 3 Mois

NOCOL 20

0 - 0 - 1 pendant 3 Mois

122,10

TRIATEC 5

1 - 0 - 0 pendant 3 Mois

DIPROSONE

32,50 1 application par jour

**PHARMA**  
**Mme Alan**  
**Docteur**  
**13, Rue Ani**  
**Casablanca**

LOT 220973 1  
EXP 34 2025  
PPV 60,00

US 2239 0970

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
LI Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
P Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

LOT : 151  
PER : AUT 2025  
PPV : 32 DH 50

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء  
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca  
E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr : البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 : الهاتف  
N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032





**forxiga**®

dapagliflozine

**30** x 1 comprimés pelliculés

Voie orale

**10mg**

comprimés  
pelliculés

AstraZeneca 



TAUL  
07-2025  
PC: 03400926649975  
SN: 07010812429579





**FRANCE**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**Liste I** – Uniquement sur ordonnance  
Médicament autorisé n°  
34009 266 499 7 5



**FORXIGA + GROSSESSE = DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte sauf  
en l'absence d'alternative thérapeutique**

**Exploitant :**

AstraZeneca  
Tour Carpe Diem  
31 place des Corolles  
92400 COURBEVOIE




FRANCE



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I – Uniquement sur ordonnance  
Médicament autorisé n°  
34009 266 499 7 5



**FORXIGA + GROSSESSE = DANGER**


**Ne pas utiliser chez la femme enceinte sauf  
en l'absence d'alternative thérapeutique**

**Exploitant :**

AstraZeneca  
Tour Carpe Diem  
31 place des Corolles  
92400 COURBEVOIE

AstraZeneca AB  
SE-151 85 Södertälje  
Suède

EU/1/12/795/009

Forxiga est une marque déposée du groupe  AstraZeneca.





forxiga®

dapagliflozine

30 x 1 comprimés pelliculés

Voie orale

10mg

comprimés  
pelliculés

AstraZeneca 



TAUL

07-2025

PC: 03400926649975

SN: 01196576814335