

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



DECLARATION DE MIAIADE

N° W21-775017

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AYAL OTMANE

Date de naissance : 1948

Adresse : 95 RUE EL OTEVANE ETG 3 Apt 5

May 2014 CASA

Tél. : 06 12 33 33 31

Total des frais engagés : 78,62 Cus.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

AYAL OTMANE

Age :

1948

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASA

Le : 17 FEB. 2023

Signature de l'adhérent(e) :



17 FEB. 2023

BOUTAACHANE

MUPRAS

17 FEB. 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur
 DRUGSTORE DU RUGBY
 10, rue Paul Hochart
 94240 L'HAY LES ROSES
 Tél. 01.46.86.48.02 - Fax : 01.46.87.63.42
 942 017 591

Date

Montant de la Facture

78,62 €

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

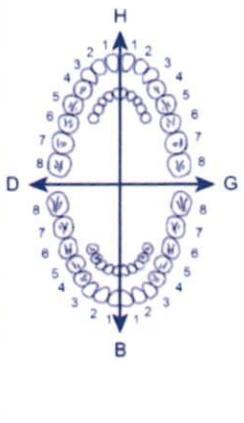
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 clinique.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	INP : [REDACTED]
CCEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]			
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]			
DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]			
FIN D'EXECUTION [REDACTED]			
CCEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]			
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]			
DATE DU DEVIS [REDACTED]			
DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]			



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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	2	37,502	2,10%	75,01
N° Lots : TAUL				
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
Total HT		Total TVA	Total TTC
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 والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التغذية و النمو
طبيب سابق بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le : 29/11/14 الدار البيضاء في :

Mr. AJAL Otmane

<u>60,00 X 3</u>	L.O.T 220973 1
<u>ODIA 3 MG</u>	EXP 34 11 25
<u>149,05 X 3</u>	PPV 60,00
<u>FORXIGA 10</u>	
<u>0 - 0 - 0 pendant 3 Mois</u>	
<u>GLUCOPHAGE 850</u>	L.O.T 220977
<u>1 - 0 - 1 pendant 3 Mois</u>	EXP 34 11 25
<u>NOCOL 20</u>	PPV 32,00
<u>0 - 0 - 1 pendant 3 Mois</u>	
<u>TRIATEC 5</u>	L.O.T 220973 1
<u>1 - 0 - 0 pendant 2 Mois</u>	EXP 34 11 25
<u>DIPROSONE</u>	PPV 60,00
<u>32,00 1 application par jour</u>	55 22390970
	T = 159,160

PHARMA
Mme Aïda
Docteur
13, Rue Ani
Casablanca

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca

LI Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca

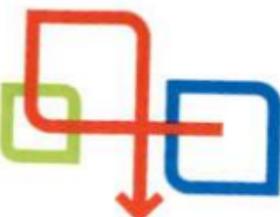
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

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

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - Télé. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44
N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



forxiga[®]

dapagliflozine

30

x 1 comprimés pelliculés

Voie orale

10 mg

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

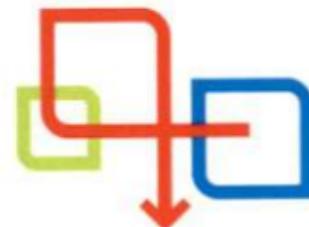
**Ne pas utiliser chez la femme enceinte sauf
en l'absence d'alternative thérapeutique**

Exploitant :

AstraZeneca
Tour Carpe Diem
31 place des Corolles
92400 COURBEVOIE

AstraZeneca AB
SE-151 85 Södertälje
Suède

EU/1/ 2/795/009



forxiga.[®]

dapagliflozine

30 x 1 comprimés pelliculés

Voie orale

10 mg

comprimés
pelliculés

AstraZeneca



TAUL

07-2025

PC : 03400926649975

SN : 01196576814335