

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.

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° W21-788054

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : 153368

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : AJAL OTMANE

Nom & Prénom : AJAL OTMANE

Date de naissance : 1948

Adresse : 95 RUE OUAJOUANE APTS 1145 ANFA CASA

Tél. : 0612533331 Total des frais engagés : 152,25 Euros

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]

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 : 5 MAR 2023

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 : / Le : /

Signature de l'adhérent(e) : /

[illegible][illegible]

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

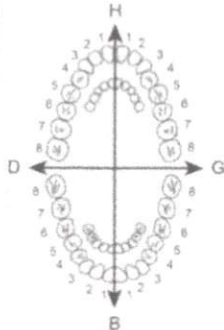
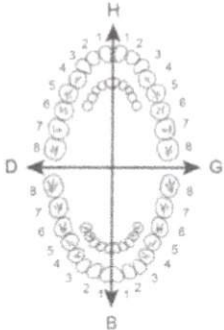
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE AMAR SÉLARL
Gad AMAR
15 avenue de Celle
92360 MEUDON LA FORET
FRANCE
Tel: 0146307416
N° SIRET: 80785248800020
Code NAF: 4773Z - FR60807852488

Page 1 / 1

FACTURE

N°9015

Du 18/02/2023

Date de l'échéance 19/02/2023

AJAL OTMANE
10 rue du docteur bourrier
91600 SAVIGNY SUR ORGE

Opérateur: ZAYNA K

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ELIQUIS 5MG CPR BT 60 3400926784102	2	57,738	2,10%	115,48
Honor. dispens. HD7	2	0,999	2,10%	2,00
FORXIGA 10MG CPR 30X1 3400926649975	1	37,502	2,10%	37,50
Honor. dispens. HD7	1	0,999	2,10%	1,00

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
155,98	2,1% (4)	3,28	159,25
Total HT		Total TVA	Total TTC
155,98		3,28	159,25

Mode(s) de règlement

CB 159,25

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

(u) indique les quantités unitaires
(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

PHARMACIE AMAR SÉLARL
15 AVENUE DE CELLE
92360 MEUDON LA FORET
TEL.: 01 46 30 74 16
FAX : 01 46 30 37 55
pharmacie-amar0521@orange.fr

(NF525) 126//1/FACTURATION/FACTURE/UcNQ/N/QFOM/N/MYMN/2.15.1.3.R10-112/G/B525/0370-1/755648

FRANCE



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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



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



ETUI EN CARTON

+ NOTICE

+ PLAQUETTE VIDE

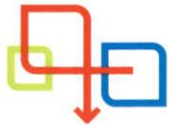


Séparez les éléments avant de trier

Exploitant :

AstraZeneca
Tour Carpe Diem
31 place des Corolles
92400 COURBEVOIE





forxiga[®]

dapagliflozine

30 x 1 comprimés pelliculés

Voie orale

10mg

comprimés
pelliculés

AstraZeneca 



TAYX
10-2025
PC: 03400926649975
SN: 00608248145946

FRANCE



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Médicament autorisé n° 3400926784102
Uniquement sur ordonnance



3400926784102

PC 03400926784102

SN 1669460904666

Lot 6M6105

EXP

07/2025



FRANCE



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Médicament autorisé n° 3400926784102
Uniquement sur ordonnance



3400926784102

PC 03400926784102

SN 1669460904666

Lot 6M6105

EXP 07/2025

