

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0023915

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : 153370  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AJAL OTMANE  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : 95 RUE ORJOLANE APIS HAY RANA  
 CASA  
 Tél. : 0612533331 Total des frais engagés : 1970,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02/03/23  
 Nom et prénom du malade : AJAL OTMANE Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : diabète + nouveau diabète  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : CASA Le : 02/03/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
02/03/23	3		3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL AMANA</p> <p>Mme Alami Sounni Samira</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>13 Rue Annanjs de Beauséjour</p> <p>Casablanca Tél: 05 22 39 09 70</p> <p>INP 092003458</p>	02/03/23	1670

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

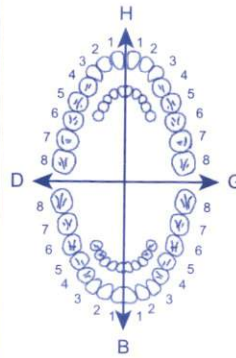
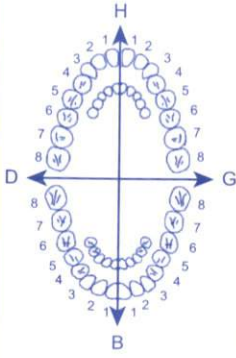
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <input type="text"/>													
				Montants des Soins <input type="text"/>													
				Début d'exécution <input type="text"/>													
				Fin d'exécution <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des Soins <input type="text"/>														
			Date du Devis <input type="text"/>														
		Date de l'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**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 سابقا بمستشفى سان لوك  
مونترال، - كندا

Casablanca, le :

08/03/23

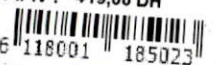
ني

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



**Mr. AJAL Otmane**

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



ODIA 3 MG

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

TRIATEC 5

1 - 0 - 0 pendant 3 Mois

LOT 220972  
EXP 04 2025  
PPV 60.00

LOT 222801  
EXP 08 2025  
PPV 60.00

LOT 222801  
EXP 08 2025  
PPV 60.00

122,10

122,10

122,10

LOT 224451  
EXP 08/25  
PPV 1880DH50

AL AMANA  
unni Samia  
pharmacie  
s Beausejou  
05 22 39 09 70

Professeur en Endocrinologie et Diabétologie et  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard  
et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca

**Voie orale**

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

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



PHARMACIE AMAR SELARL  
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
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
155,98		3,28	159,25

Mode(s) de règlement

CB

159,25

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

réé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

PC 03400926784102  
SN 1669460904666  
Lot 6M6105  
EXP 07/2025



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

(NF525) 126//1/FACTURATION/FACTURE/UcNQ/N/QFOM

(u) indique les quantités unitaires

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

PC 03400926784102  
SN 1695354315427  
Lot 6M6857  
EXP 07/2025





FRANCE

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



ETUI EN CARTON

+ NOTICE

+ PLAQUETTE VIDE



Séparez les éléments avant de trier

PLAQUETTE  
NON VIDE



Exploitant :  
AstraZeneca  
Tour Carpe Diem  
31 place des Corolles  
92400 COURBEVOIE

forxiga®  
dapagliflozine



30 x 1 comprimés pelliculés

AstraZeneca  
10 mg  
comprimés  
pelliculés

Voie orale

TAYX  
10-2025  
PC: 03400926649975  
SN: 00608248145946

