

# 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : 153370

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AJAL OMANE

Date de naissance :

1948

Adresse :

CASA

Tél. :

061 253 33 31

Total des frais engagés : 19 705,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Professeur Hassani EL GHOMARI  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar  
el Abdelloumen N° 313 - CASA - Tél. 05 22 28 44 44

Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/03/2023

Nom et prénom du malade :

AJAL OMANE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MALADIE + RENOUVELÉE

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 : 02/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ajal

#### **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
02-03-2027	3		300.00	Dr HASSAN E CHALI 10 Avenue de l'Industrie 10000 Angie Boulevard Anouï Tunis-Tel 05228611

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AMANI Mme Alami Sounni Samira Docteur en Pharmacie 13 Rue Annabia Casablanca Tél : 05-22-39-09-70 NP 092003458	02/03/2023	1670.0000 PHARMACIE AL AMANI Mme. Alami Sounni Samira Docteur. Pharmacie 13 Rue Annabia Casablanca Tél : 05-22-39-09-70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The teeth are labeled with numbers 1 through 8, with 1 at the midline and 8 at the periphery. The arch is oriented with a vertical axis (H) at the top, a horizontal axis (D-G) at the bottom, and a diagonal axis (B) pointing downwards and to the right. The teeth are arranged in a specific pattern: upper arch (H) has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (G) has 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1; left side (D) has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; right side (B) has 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**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



Casablanca, le : 08/03/23

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

6 118001 185023

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

97,60

LOT 224451  
 EXP 08/25  
 PPV 1880DH50

**Voie orale**

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

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

6 118001 185023

**Mr. AJAL Otmane**

LOT 220972  
 EXP 04 2025  
 PPV 60.00

LOT 222801 1  
 EXP 08 2025  
 PPV 60.00

LOT 222801 1  
 EXP 08 2025  
 PPV 60.00

**PHARMACIE AL AMANA**  
 Mme Alami Soumnia Samira  
 13 RUE ANOUAL Angle Boulevards  
 Casablanca 313 - Maroc  
 Professeur Hassan El Ghomari  
 Spécialiste en Endocrinologie et  
 Diabétologie  
 Abdelmoumen Center Angle Boulevards  
 et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca

مركز عبد المولمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المولمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء  
 Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>eme</sup> étage - N° 313 - Casablanca

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr - Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44

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



(u) indique les quantités unitaires

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

pharmacie-amar0521@orange.fr

FAX : 01 46 30 37 55

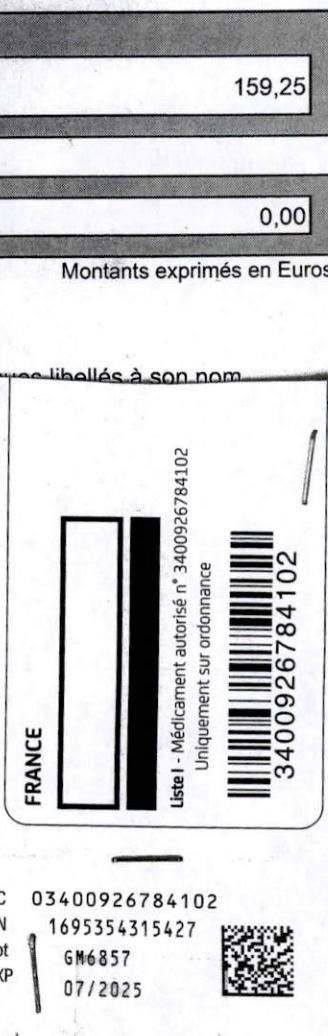
TEL : 01 46 30 74 16

92360 MEUDON LA FORET

15 AVENUE DE CELIE

PHARMACIE AMAR SELARL

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



**FRANCE**

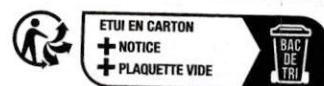
Liste I – Uniquement sur ordonnance  
Médicament autorisé n°  
34009 266 499 7 5

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



**FORXIGA + GROSSESSE = DANGER**

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



Séparez les éléments avant de trier



30 x 1 comprimés pelliculés

dapagliflozine

**forxiga.**



AstraZeneca®

comprimés  
pelliculés

10 mg

Voie orale

TAXX  
10-2025  
PC : 03400926649975  
SN : 00608248145946

