

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaires, 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 canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8051

Société :

Agmays

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KALTMI Abdellajid

Date de naissance :

12/11/1958

Adresse :

Tél. :

0660329091

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mestour Mini Houria
RHUMATOLOGUE
Tél.: 0522 730 068

Date de consultation :

10/11/2024

Nom et prénom du malade :

KALTMI Abdellajid

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 :

OKA

Le :

18/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

R. A. SCUEIL

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
10/11/23	h		270€	<i>Docteur Maitre Mme Hervé RHUMATOCLOGUE</i> 06 0322 130 258

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien PHARMACIE DU FOURNEAU 254, rue Frédéric Sévène 33400 Talence	Date	Montant de la Facture
	25/11/23	32,13 €

25 NOV. 2023
(05 56 80 61 16
pharmaciegoudounache@gmail.com
332017821

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

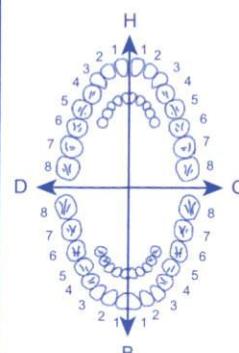
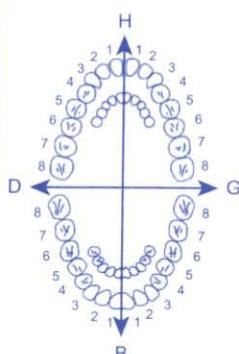
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
	D 00000000	B 35533411		
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doctor Houria MESTOUR-MRINI

Diplômée de la Faculté Médecine
Nancy-FRANCE

Spécialiste des Maladies des Os, Muscles
Colonne Vertébrale, Articulations et Rhumatismes
Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

الدكتورة هورية مستور المريني

خريجة كلية الطب
بنانسي (فرنسا)

اختصاصية في أمراض العظام والغضاريف
الغضارات العمود الفقري وأمراض الرئبة (روماتيزم)
طبيبة سابقاً بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le

10/11/23 الدار البيضاء، في

KALT mi Ahnelij 9

11 Approv 150

148 | 6 mois

2 metformine (2 boîte)

148

PHARMACIE GOUDOUNÈCHE
254, rue Frédéric Sévène
33400 Talence

25 NOV. 2023

(05 56 80 61 16)

pharmaciegoudouneche@mail.com

أبي ذر الغفارى شفونى أمل 3 زنقة 3 رقم 20 سيدى البرنوصى الدار البيضاء الهاتف: 0522 73 00 68

Bd.Abu Derr Al Ghafari (Choufouni) Amal 3, Rue 3 N° 20 Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél.: 05 22 73 0

Doctor Mestour-Mrini Houria
RHUMATOLOGUE
Tél.: 0522 730 068

BIOGARAN

IRBÉSARTAN BGR® 150 mg

LT 16423
OP2023 13.01.2026
A 16423 - R 2023 003
O 16423 13.01.2026

TITULAIRE / EXPLOITANT :
Laboratoires BIOGARAN
15, boulevard Charles de Gaulle
92707 Colombes Cedex

Pas de précautions particulières de conservation.

Médicament autorisé n° : 34009 224 447 9 6



Soy
Ne pa
sans à

IRBÉSARTAN BGR® 150 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



PC : 034 00922444796
SN : 74356706374966
LOT : L23916
EXP : 05/2025

BIOGARAN

IRBÉSARTAN BGR® 150 mg

COMPOSITION : Irbésartan.....150 mg
Pour un comprimé pelliculé.
Ce médicament contient du lactose.
Voir la notice pour plus d'informations.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :
Voie orale.
Lire la notice avant utilisation.

90
COMPRIMÉS
PELICULÉS

804408902

BIOGARAN

IRBÉSARTAN BGR® 150 mg

90
COMPRIMÉS
PELICULÉS

VOIE ORALE

EN 1	MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE	ADULTE
SEULE PRISE PAR JOUR					

APROVEL 150 mg
comprimés pelliculés
irbésartan

Chaque comprimé contient :
irbésartan 150 mg.
Excipients :
contient également du lactose monohydraté.
Voir la notice pour plus d'informations.

IHV65a2x125
841371

APROVEL®

comprimés pelliculés
irbésartan

Voie orale

90 comprimés

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C.

Médicament soumis à prescription médicale.

SANOFI 

sanofi-aventis groupe
54, rue La Boétie
F-75008 Paris - France

EU/1/97/046/038

APROVEL 150 mg
comprimés pelliculés
irbésartan

CIP 03400938014853
SN 13554466E68HP
n° 34009 3801485 3
LOT JT0674
EXP 02/2026



Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

APROVEL® + GROSSESSE
= INTERDIT

NIVEAU 1
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

ETUI
+ PLAQUETTE VIDE
sans notice

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
LISTE 1
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

FRANCE



Facture		
Numéro de facture	Date	Code client
230099345	25/11/2023	

332017821

PHARMACIE GOUDOUNECHE

254 Rue Frédéric Sévène

33400 TALENCE

FRANCE

Tél : 05 56 80 61 16

Fax : 05 56 84 11 94

E-mail : pharmaciegoudouneche@gmail.com

KALTMI ABDELMJID
RES M MONTAIGNE APP 14 B
33400 TALENCE

SIRET : 83839902000018 APE : 4773Z

TVA Intracommunautaire : FR70838399020

IBAN : FR76 10907000010612176792576 BIC : CCBPFRPPBDX

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/12/2023

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3801485 3	APROVEL 150MG BTE 90CP	1	18,1391	0,00	18,1391	18,14	2,1
34009 2244479 6	IRBESARTAN BGA 150MG CPR BT90	1	13,3301	0,00	13,3301	13,33	2,1

Quantité totale des produits : 2

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	31,47 EUR
2,1%	31,47	0,00%	0,00	31,47	0,66	TVA	0,66 EUR
						Montant TTC	32,13 EUR
Totaux	31,47	0,00%	0,00	31,47	0,66		

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.
En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

332017821 PHARMACIE GOUDOUNECHE - 254 Rue Frédéric Sévène - 33400 TALENCE
Siret: 83839902000018

APE: 4773Z - IBAN : FR76 10907000010612176792576 BIC : CCBPFRPPBDX - TVA Intracommunautaire : FR70838399020