

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 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 une fois par an.

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

M23- N° 0030012

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8051 Société : 131145
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KALIMI Abdelmajid
Date de naissance : 02 m 1958
Adresse :
Tél. : 0660329091 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mestour Mini Houda
RHUMATOLOGUE
Tél : 0522 730 068

Date de consultation : 10 / 11 / 2023
Nom et prénom du malade : KALIMI Abdelmajid 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 : 10 / 01 / 2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

| 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 |
| 10/11/98 | n | | 2700 ✓ | <p>Dr. Mounir Amin Houry UROLOGUE 0522-730-059</p> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

[illegible][illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-------------------------|---|
| Cachet du Pharmacien Pharmacie du Fournisseur 254, rue Frédéric Sévère 33400 Talence | Date 25/11/23 | Montant de la Facture 32,13 € |
| 25 NOV. 2023 (05 56 80 61 16 pharmaciegoudounache@gmail.com | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-------------------------|---|
| Cachet du Pharmacien Pharmacie du Fournisseur 254, rue Frédéric Sévère 33400 Talence | Date 25/11/23 | Montant de la Facture 32,13 € |
| 25 NOV. 2023 (05 56 80 61 16 pharmaciegoudounache@gmail.com | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-------------------------|---|
| Cachet du Pharmacien PHARMACIEN ou du Fournisseur 254, rue Frédéric Sévère 33400 Talence | Date 25/11/23 | Montant de la Facture 32,13 € |
| 25 NOV. 2023 (05 56 30 61 16 pharmaciegoudounache@gmail.com | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-------------------------|---|
| Cachet du Pharmacien PHARMACIEN ou du Fournisseur 254, rue Frédéric Sévère 33400 Talence | Date 25/11/23 | Montant de la Facture 32,13 € |
| 25 NOV. 2023 (05 56 30 61 16 pharmaciegoudounache@gmail.com | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-------------------------|---|
| Cachet du Pharmacien PHARMACIEN ou du Fournisseur 254, rue Frédéric Sévère 33400 Talence | Date 25/11/23 | Montant de la Facture 32,13 € |
| 25 NOV. 2023 (05 56 30 61 16 pharmaciegoudounache@gmail.com | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-------------------------|---|
| Cachet du Pharmacien PHARMACIEN ou du Fournisseur 254, rue Frédéric Sévère 33400 Talence | Date 25/11/23 | Montant de la Facture 32,13 € |
| 25 NOV. 2023 (05 56 30 61 16 pharmaciegoudounache@gmail.com | | |

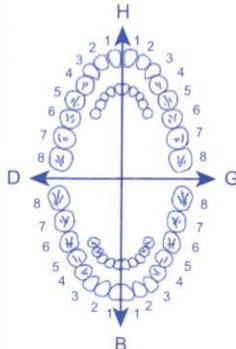
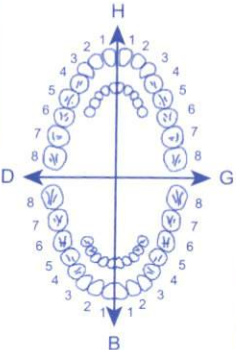
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 | |
|---|---|---------------------|-------------|--|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

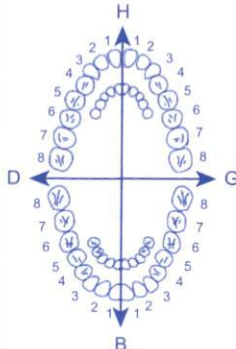
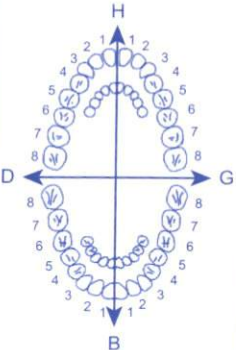
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------|--|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table> <p>B</p> </div> | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

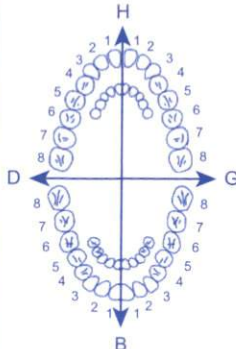
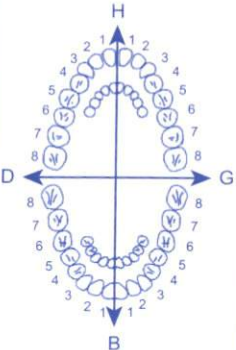
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|  | <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> | | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

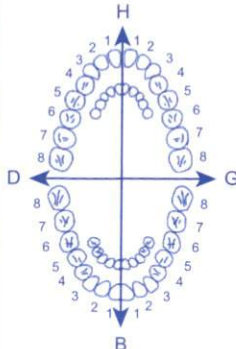
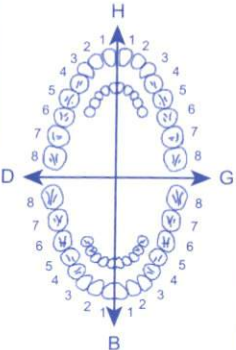
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 | |
|---|---|---------------------|-------------|--|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

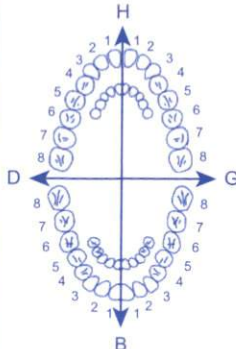
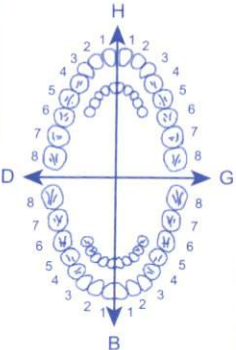
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

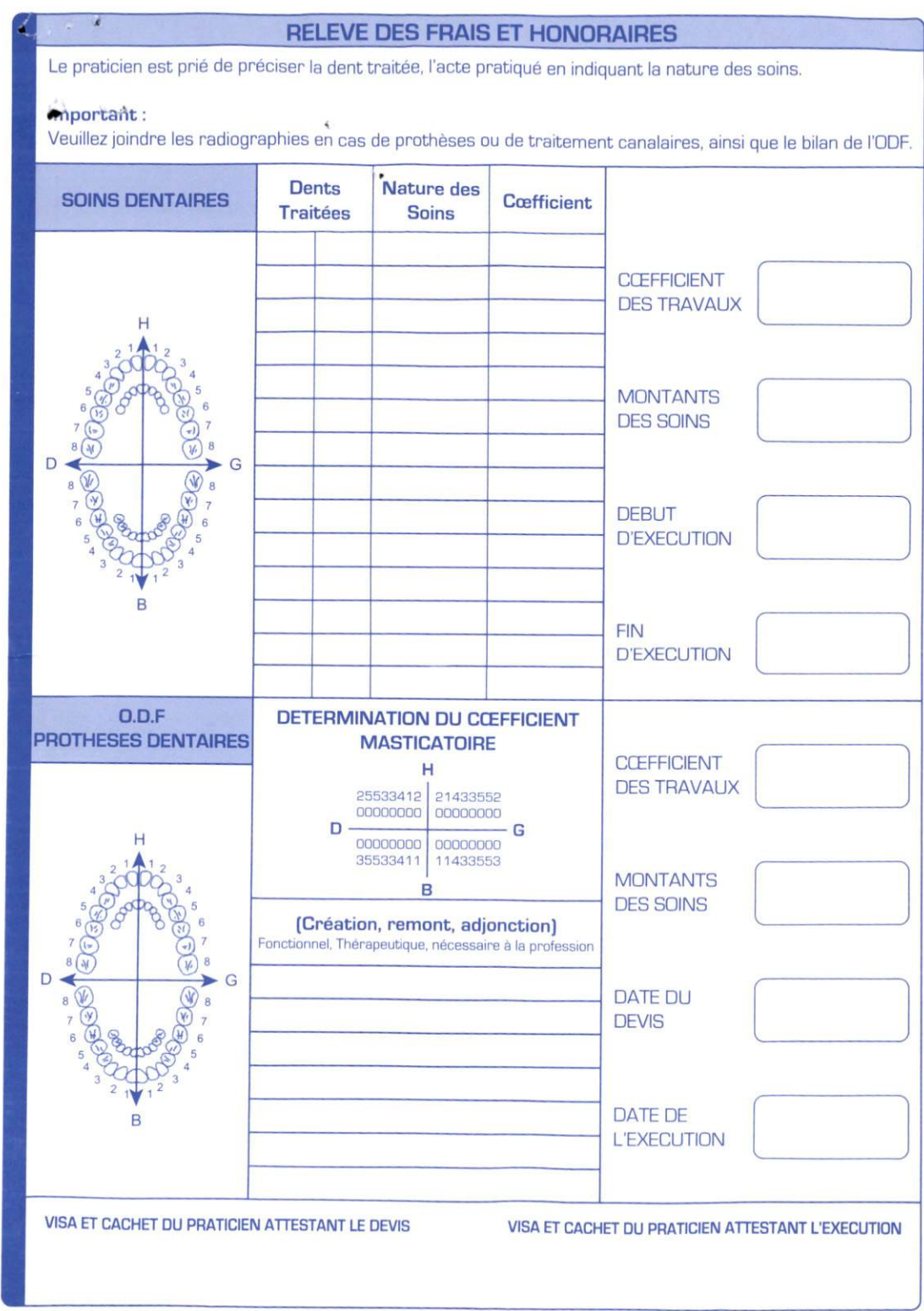
Important :

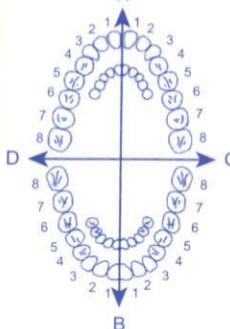
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

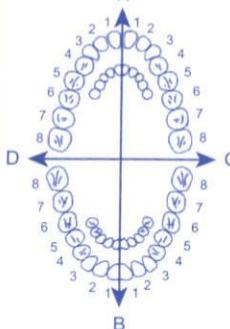
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|---|---------------------|-------------|--|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
| | (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

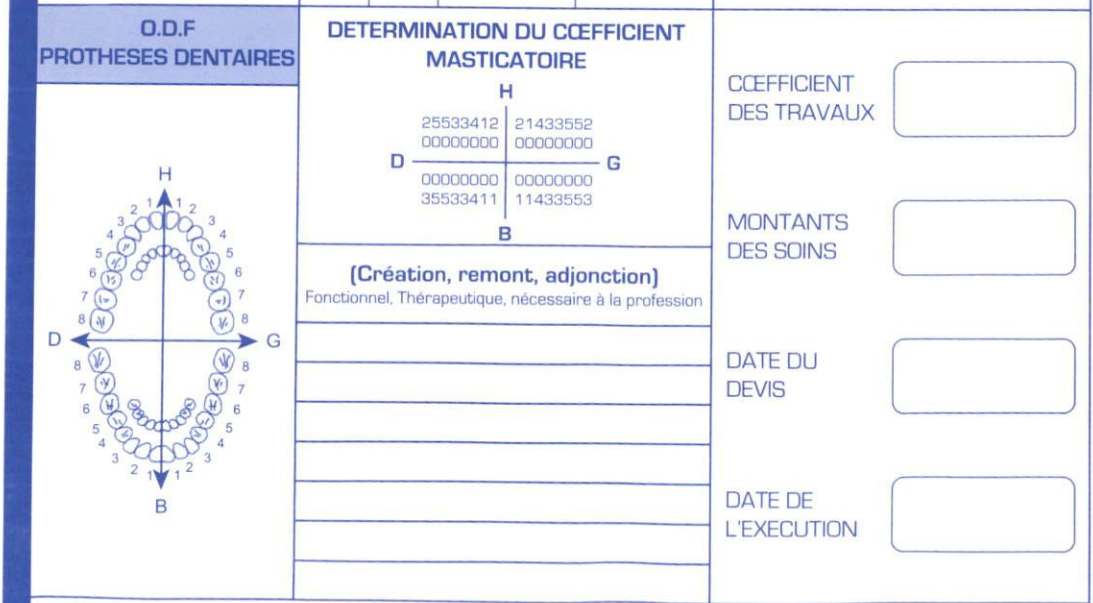


| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
|---|--|--|--|---------------------------|--|
|  | | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div> | | <input type="text"/> | |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | DATE DU DEVIS | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | DATE DE L'EXECUTION | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
|---|--|--|--|---------------------------|--|
|  | | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div> | | <input type="text"/> | |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | DATE DU DEVIS | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | DATE DE L'EXECUTION | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
|---|--|--|--|---------------------------|--|
|  | | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div> | | <input type="text"/> | |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | DATE DU DEVIS | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | DATE DE L'EXECUTION | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
|------------------------------|--|--|--|---------------------------|--|
| | | <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div>G</div> </div> | | <input type="text"/> | |
| | | <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> | | <input type="text"/> | |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | <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

Docteur 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

الطبيبة حورية مستور المريني

خريجة كلية الطب
بنانسي (فرنسا)

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل
العضلات العمود الفقري وأمراض الرثية (روماتيزم)
طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le

10/11/23

الدار البيضاء، في

KALIM Abdelhij

11 A p r o v e l 1 r o

1 q / 6 m o i s

1 m e t f o r m i n e (2 b o i t e)

1 c h i

PHARMACIE GOUDOUNÈCHE
254, rue Frédéric Sévère
33400 Talence

25 NOV. 2023

(05 56 30 61 16)

pharmaciegoudouneche@gmail.com

ع أبي ذر الغفاري شفووني أمل 3 زنقة 3 رقم 20 سيدي البرنوصي الدار البيضاء : الهاتف : 05 22 73 00 68

Bd.Abou Derr Al Ghafari (Choufouni) Amal 3, Rue 3 N° 20 Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél.: 05 22 73 00 68

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

BIOGARAN

IRBÉSARTAN BGR® 150 mg

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 a

IRBÉSARTAN BGR® 150 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

IRBÉSARTAN
BGR® 150 mg,
comprimé pelliculé
+ GROSSESSE
= INTERDIT



Ne pas utiliser
chez la femme enceinte

TENIR HORS DE LA VUE
ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS



PC:0340092244796
SN:74356706374966
LOT:L230916
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
PELLICULÉS

804408902

BIOGARAN

IRBÉSARTAN BGR® 150 mg

90
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

VOIE ORALE

| | | | | | | |
|-------------------------|-------|------|------|-------|--------|--|
| EN 1 | | | | | | |
| SEULE PRISE PAR JOUR | MATIN | MIDI | SOIR | DURÉE | ADULTE | |

APROVÉL 150 mg
comprimés pelliculés
irbésartan

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

INV-6502x125
841371

APROVÉL® 150 mg

comprimés pelliculés
irbésartan

Voie orale

90 comprimés

SANOFI

APROVÉL 150 mg
comprimés pelliculés
irbésartan

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

EU/1/97/046/038

FRANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
LISTE I



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



**APROVEL® + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

Médicament autorisé
(CIP)
n° 34009 3801485 3

CIP 03400938014853

SN 13554466E68HP

LOT J10674

EXP 02/2026



APROVÉL 150 mg

APROVÉL
comprimés pelliculés
irbésartan

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

KALMI 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 |
|---------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| 2,1% | 31,47 | 0,00% | 0,00 | 31,47 | 0,66 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Totaux | 31,47 | 0,00% | 0,00 | 31,47 | 0,66 |

| | |
|---------------------|------------------|
| Total Net HT | 31,47 EUR |
| TVA | 0,66 EUR |
| Montant TTC | 32,13 EUR |

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