

# 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 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 tous les 6 mois.

## 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.

N° W21-780944

245117

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1157</b>	Société : <b>Royal Air Maroc</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HAMAYED EL MILI RAFIK</b>			
Date de naissance : <b>07/08/39</b>			
Adresse : <b>11 Rue de la Rue Baltique. Ann Dial. Casablanca</b>			
Tél. : <b>0645216315</b>	Total des frais engagés <b>156,22 EUROS</b>		
Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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.	

  
16 JAN 2023  
ACCUEIL C. NINIA

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 : **Casablanca** Le : **14/01/23**

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIographies**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Ordonnance bizone

Articles L.322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

Docteur FRANCOIS LEDRU

N° RPPS



CCL REED CARDIAQUE

Identification de la structure  
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)

HOPITAL CORENTIN CELTON

N° FINESS



920100062

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

Monsieur HAMAYET EL MILI Rafik

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

7 3 9 0 8 9 9 0 8 1 3 2 3 0 7

Ordonnance du 02/11/2022 à 14:23

Né le 07/08/1939

Agé de 83 ans

Poids : 76.1 kg

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)**CO-OLMETEC 20/12.5 (olmésartan 20 mg / hydrochlorothiazide 12,5 mg) 1 comprimé le matin****RESITUNE 75 mg (comprimé) 1 comprimé le matin**

pour 6 mois, renouvelables par le médecin traitant

*Part à l'étranger*Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

Génériques souhaités (sauf mention contraire)

Fin de prescription

Ordonnance validée électroniquement par Docteur FRANCOIS LEDRU

BRUNELLE 20/12.5 1 comprimé le matin  
CO-OLMETEC 20/12.5 (olmésartan 20 mg / hydrochlorothiazide 12,5 mg) 1 comprimé le matin  
RESITUNE 75 mg 1 comprimé le matin

pour 6 mois, renouvelables par le médecin traitant

Signature :

Annule et remplace la précédente ordonnance éditée le 02/11/2022 à 14:18.

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE Fact. Num. : 187249  
97 AVE LEDRU ROLLIN Date Fact. : 04/11/2022  
75011 PARIS Date Ord. : 02/11/2022  
752013227 Medecin: HOP CORENTIN CELTON  
Tel : 0147002420 Code Op: 3  
INSEE: Malade:HAMAYET EL MILI Rafik  
84 rue de charonne 75011 PARIS 11

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	RESITUNE 75mg Cp r gast F1/30	3400930013953	1,70	-	1,02	0
				Lot:	FW2078	
1	Honor. dispens. HDR		0,51	-		0
1	Honor. dispens. HDA		1,58	-		0
1	Honor. dispens. HDE		3,57	-		0

**MONTANT TOTAL :** 8,38      **MONTANT AMO :** 0,00  
**MONTANT AMC :** 0,00      **MONTANT ASSURE :** 8,38

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

1	RENDEUR ELEMENT NO.	CIP	Prix/U Baseless	HD	TASS
2	COOLMETEC 20M6/1	3400937221139	63,90	-	0
2	SMG CPR PELL P	3400930013984	4,43	-	2,76
2	RESITUNE 75mg CP	3400930013984	4,43	-	2,76
1	Honor. dispense.	0,51	-	0	
1	Honor. dispense.	1,58	-	0	
1	Honor. dispense.	3,57	-	0	
1	Honor. dispense.	0,00	MONTANT AMC :	147,84	MONTANT TOTAL :
			MONTANT AMD :	0,00	MONTANT ASSURE :
					147,84
					Securite sociale et individuelle sur le relève de prestations.
					de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la
					des montants s'entendant avant application, le cas échéant,
					PHARMACEIE SEBBAG ALLOUCHE
					188107
					97 AV LE DR ROLLIN
					75011 PARIS
					752013227
					Medecin: HOP CORNETIN CELTON
					Tel : 0147002420
					Code Dp: 3
					INSEE:
					Malade:HAMBERT EL MILI Rafik
					75011 PARIS 11
					84 rue de charonne

joindre la prescription  
sauf si renouvellement**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

188108

18112022

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)****PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)**

nom et prénom

HAMAYET EL MIFI Rafik

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

0 7 0 8 1 9 3 9 1

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)**ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))**

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**

84 rue de charonne 75011 PARIS 11

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

MME SEBBAG ALLOUCHE

10000033752

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE  
97 AVE LEDRU ROLLIN  
75011 PARIS  
752013227

RENOUVELLEMENT N° 1

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom HOP CORENTIN CELTON

HOPITAL CORENTIN

identifiant

raison sociale

n° de la structure  
(AM, FINES ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

02112022

date de l'accord préalable (le cas échéant)

 **MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) **SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

autre

J J M M A A A A

AT/MP	numéro	ou	date
-------	--------	----	------

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES										
tarification détaillée	Prest CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes Mod. utili.	Indic. presc Subst.	Date debut loc	Date fin loc
	PHN 3400937221139		2	63,90	127,80	COOLMETEC 20MG/12,5MG				
	PH7 3400930013984		2	4,43	8,86	RESITUNE 75mg Cpr gast				
	HG7		2	2,76	5,52	Honor. dispens. HG7				
	HDR		1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR				
	HDA		1	1,58	1,58	Honor. dispens. HDA				
	HDE		1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE				

imprimer les codes à barres  
ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

**PAIEMENT**

1 4 7 , 8 4

**MONTANT TOTAL  
en euros**

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

MME SEBBAG ALLOUCHE

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

joindre la prescription  
sauf si renouvellement**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

187249

04112022

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)****PERSONNE RECEVANT les SOINS** (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur*)  
nom et prénom HAMAYET EL MILI Rafik

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance 07 08 1939 1

**ASSURE(E)** (*à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**

84 rue de charonne 75011 PARIS 11

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

MME SEBBAG ALLOUCHE

10000033752

**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE  
97 AVE LEDRU ROLLIN  
75011 PARIS  
752013227**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom HOP CORENTIN CELTON

HOPITAL CORENTIN

identifiant

raison sociale

920100062

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale 02 11 2022

date de l'accord préalable (le cas échéant)

**XX MALADIE** (*si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante*)**SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**  
(cf. la notice au verso : § précédé de "/\*"  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES**

tarification détaillée	Prest	CIP/Ref.	LPP(Ut)	Homeo Decon-	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c. lab	dition.				utili.	presc	Subst.	debut loc	fin loc
	PH7	3400930013953			1	1,70	1,70	RESITUNE 75mg Cpr gast					
	HD7				1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
	HDR				1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					
	HDA				1	1,58	1,58	Honor. dispens. HDA					
	HDE				1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE					

primer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PHARMACIE SEBBAG-ALLOUCHE  
752013227 0

4 NOV. 2022

97 Ave. Ledru Rollin  
75011 PARIS - 01 47MONTANT TOTAL  
en euros**PAIEMENT**

8 , 3 8

,

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

MME SEBBAG ALLOUCHE

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



Olmésoartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

Gomprimé pelliculé

CoOlmetec® 20 mg/12,5 mg



CoOlmetec®

20 mg/12,5 mg

Comprimé pelliculé

Olmésoartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

### RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Lire la notice avant utilisation.  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

position :  
medoxomil ..... 20 mg  
..... 12,5 mg  
... q.s.p. un comprimé pelliculé

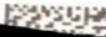
toire : Lactose monohydraté  
plus d'informations.



Soyez prudent

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

Médicament autorisé n° 3400937221139



PC: 03400937221139

SN: 0000000516618464



Olmésoartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

Comprimé pelliculé

**CoOlmetec® 20 mg/12,5 mg**



**CoOlmetec® 20 mg/12,5 mg**

Comprimé pelliculé

Olmésoartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

### RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Lire la notice avant utilisation.  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Composition :  
médoxomil ..... 20 mg  
..... 12,5 mg  
... q.s.p. un comprimé pelliculé

Contenu : Lactose monohydraté  
plus d'informations.



**Soyez prudent**

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

Médicament autorisé n° 3400937221139

PC : 03400937221139

SN : 0000000516618464



CoOlmetec®

20 mg / 12,5 mg

Comprimé pelliculé

Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

Prix : 63,90 Euros

90 comprimés pelliculés

Voie orale



Daiichi-Sankyo

**Titulaire d'AMM / Exploitant :**  
DAIICHI SANKYO FRANCE S.A.S.  
1, rue Eugène et Armand Peugeot  
92500 Rueil-Malmaison - FRANCE

**Fabricant :**  
DAIICHI SANKYO EUROPE GmbH  
Luitpoldstrasse 1  
85276 Pfaffenhofen - ALLEMAGNE





CoOlmetec®

20 mg / 12,5 mg

Comprimé pelliculé

Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

Prix : 63,90 Euros

90 comprimés pelliculés

Voie orale



Daiichi-Sankyo

**Titulaire d'AMM / Exploitant :**  
DAIICHI SANKYO FRANCE S.A.S.  
1, rue Eugène et Armand Peugeot  
92500 Rueil-Malmaison - FRANCE

**Fabricant :**  
DAIICHI SANKYO EUROPE GmbH  
Luitpoldstrasse 1  
85276 Pfaffenhofen - ALLEMAGNE



Ne pas utiliser chez la femme enceinte  
ou qui envisage une grossesse

exp : 03/2024

N° : 6C3965



CIP 3400930013984

frôx :

8,38€uros



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants



Prendre ..... comprimé(s) /jour

Matin      Midi      Soir

AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.

ASAR  
2203651



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants  
EN FLACON



COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :  
Acide acétylsalicylique ..... 75 mg  
Pour un comprimé gastro-résistant.

LISTE DES EXCIPIENTS : Excipient à effet notoire :  
sodium (essentiellement sans sodium).  
Voir la notice pour plus d'information.

Les comprimés doivent être avalés entiers.  
Ne pas les écraser, ni les casser, ni les mâcher.  
Lire la notice avant utilisation.



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants

exp : 03/2024

N° : 6C3965



CIP 3400930013984

frôx :

8,38€uros



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants



Prendre ..... comprimé(s) /jour

Matin      Midi      Soir

AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.

ASAR  
2203651



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants  
EN FLACON



COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :  
Acide acétylsalicylique ..... 75 mg  
Pour un comprimé gastro-résistant.

LISTE DES EXCIPIENTS : Excipient à effet notoire :  
sodium (essentiellement sans sodium).  
Voir la notice pour plus d'information.

Les comprimés doivent être avalés entiers.  
Ne pas les écraser, ni les casser, ni les mâcher.  
Lire la notice avant utilisation.



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants

exp : 03/2024

N° : 6C3965



CIP 3400930013984

frôx :

8,38€uros



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants



Prendre ..... comprimé(s) /jour

Matin      Midi      Soir

AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.

ASAR  
2203651



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants  
EN FLACON



COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :  
Acide acétylsalicylique ..... 75 mg  
Pour un comprimé gastro-résistant.

LISTE DES EXCIPIENTS : Excipient à effet notoire :  
sodium (essentiellement sans sodium).  
Voir la notice pour plus d'information.

Les comprimés doivent être avalés entiers.  
Ne pas les écraser, ni les casser, ni les mâcher.  
Lire la notice avant utilisation.



# RESITUNE®

Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants