

## 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

- 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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-780944

245227

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMAYED EL MILI RAFIK

Date de naissance : 07/08/139

Adresse : 11 Rue de la Mer Baltique. Ain Triah.

Tél. : 0645 36 315

Total des frais engagés : 156,22 EUROS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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.

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) :



### 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
				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 Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

Docteur FRANCOIS LEDRU

N° RPPS



10000531102

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

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

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE  
97 AVE LEDRU ROLLIN  
75011 PARIS  
752013227  
Tel : 0147002420  
INSEE:  
84 rue de charonne

Fact. Num. : 187249  
Date Fact. : 04/11/2022  
Date Ord. : 02/11/2022  
Medecin: HOP CORENTIN CELTON  
Code Op: 3  
Malade: HAMAYET EL MILI Rafik  
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.

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE  
97 AVE LEDRU ROLLIN  
75011 PARIS  
752013227  
Tel : 0147002420  
INSEE:  
84 rue de charonne  
75011 PARIS 11  
Malade: HAMAYET EL MILI Rafik  
Code Op: 3  
Medecin: HOP CORENTIN CELTON  
Date Ord. : 02/11/2022  
Date Fact. : 18/11/2022  
Fact. Num. : 188107

RENOUVELLEMENT No. 1

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U BaseSS	HD	TxSS
2	CDOLMETEC 20MG/1	3400937221139	63,90	-	0
2	2,5MG CPR PELL P Ordo: 235754				
2	RESITUNE 75mg Cp r gast F1/90	3400930013984	4,43	-	2,76 0
1	Honor. dispens. HDR		0,51	-	0
1	Honor. dispens. HDA		1,58	-	0
1	Honor. dispens. HDE		3,57	-	0

MONTANT TOTAL : 147,84  
MONTANT AMO : 0,00  
MONTANT ASSURE : 147,84  
MONTANT AMC : 0,00

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.



feuille de soins  
pharmacien ou fournisseurArt. 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

numéro de facture (facultatif)

188108

date J J M M A A A A 18112022

## 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

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 No 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, FINESS ou SIRET)

920100062

## 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)

J J M M A A A A

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 "x")  
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- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. 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



feuille de soins  
pharmacien ou fournisseurArt. 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

numéro de facture (facultatif)

187249

date

J J M M A A A A 04112022

## 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

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

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

HOP CORENTIN CELTON

identifiant

raison sociale

HOPITAL CORENTIN

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

920100062

## 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)

J J M M A A A A

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"  
et les recommandations importantes)

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		Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin loc
Prest	CIP/Ref.LPP(ut)									
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 prescriptionPHARMACIE SEBBAG-ALLOUCHE  
76 2 013227 0

4 NOV. 2022

97 Ave. Ledru Rollin  
75011 PARIS - 01 47 00 42 20

## PAIEMENT

8 , 3 8

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



Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

Comprimé pelliculé



**CoOlmotec® 20 mg/12,5 mg**



**CoOlmotec® 20 mg/12,5 mg**

**Comprimé pelliculé**

Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**Soyez prudent**

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

Médicament autorisé n° 3400937221139

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  
... e ..... 12,5 mg  
... q.s.p. un comprimé pelliculé  
... itoire : Lactose monohydraté  
plus d'informations.



PC: 03400937221139

SN: 0000000516618464





Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide  
Comprimé pelliculé

**20 mg / 12,5 mg**

**CoOlmotec®**



**CoOlmotec®**

**20 mg / 12,5 mg**

**Comprimé pelliculé**

Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**NIVEAU 1**

**Soyez prudent**

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

Médicament autorisé n° 3400937221139



PC : 03400937221139  
SN : 0000000516618464



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

Composition :  
Olmésartan médoxomil ..... 20 mg  
Hydrochlorothiazide ..... 12,5 mg  
... q.s.p. un comprimé pelliculé  
Excipient : Lactose monohydraté  
plus d'informations.





**CoOlmotec®**

**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® + GROSSESSE  
= INTERDIT**

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



**CoOlmotec®**

**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® + GROSSESSE  
= INTERDIT**

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



Exp: 03/2024  
N° : 6C3965



CIP 3400930013984

Prix:

8,38€



**RESITUNE®**  
Acide acétylsalicylique

**75 mg**

**90** comprimés gastro-résistants



Prendre ..... comprimé(s) /jour

Matin      Midi      Soir

AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.



ABAS  
2203651

7



**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

Prix:

8,38€



**RESITUNE®**  
Acide acétylsalicylique

**75 mg**

**90** comprimés gastro-résistants



Prendre ..... comprimé(s) /jour

Matin      Midi      Soir

AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.



ABAS  
2203651

7



**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

Prix:

8,38 Euros



**RESITUNE®**  
Acide acétylsalicylique

**75 mg**

**90** comprimés gastro-résistants



Prendre ..... comprimé(s) /jour

Matin      Midi      Soir

AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.



ABAS  
2203651

7



**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