

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.

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

M22- 54792

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Directeur Retraité
 Nom & Prénom : HAMAYED EL MILI Rafik
 Date de naissance : 24/08/39
 Adresse : 11 Rue de la Mer Belgique Ain Diab Casablanca
 Tél. : 0545 315 815 Total des frais engagés : 1050,20 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

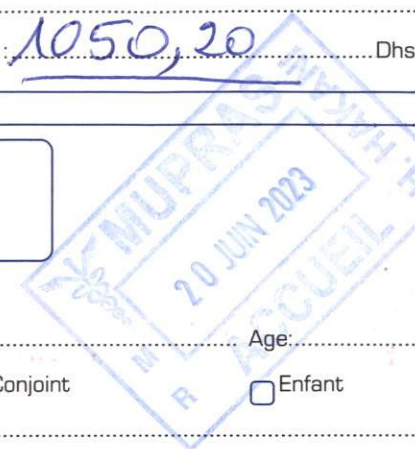
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 24/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

21/03/2023

1050,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

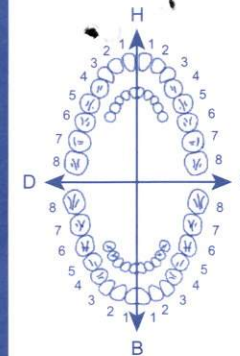
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

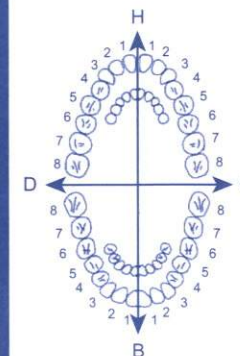
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



Hôpital européen
Georges-Pompidou
AP-HP

20, rue Leblanc
75008 PARIS Cedex 15
Standard : 01 56 09 20 00

SERVICE D'HEPATO-
GASTROENTEROLOGIE
ENDOSCOPIE DIGESTIVE

DMU Cancérologie et Spécialités

Professeur Christophe CELLIER
Chef de Service

Tél Secrétariat : 01 56 09 35 38
Fax : 01 56 09 29 14

Professeur Gabriel RAHMI

Adjoint Chef de Service
Tél Secrétariat : 01 56 09 24 11
Fax : 01 56 09 29 34

Médecins titulaires

Dr E. PEREZ-CUADRADO ROBLES - MCU-PH
Tél. Secrétariat : 01 56 09 34 58
Dr S. KHATER - PH - 01 56 09 35 38
Dr A. WAMPACH - PHC - 01 56 09 35 61
Dr E. TENORIO GONZALEZ - PHC - 01 56 09 59 97
Dr G. PERROD - PH TPA - 01 56 09 24 11
Dr H. BENOSMAN - PH TPA - 01 56 09 35 56

Chefs de Clinique-Assistants -

Assistants Spécialistes

Dr A. AIDIBI : 01 56 09 35 56
Dr H. ALRIC : 01 56 09 35 56
Dr E. BOLOT : 01 56 09 35 61
Dr O. CHATELANAT : 01 56 09 35 38
Dr N. HANNA : 01 56 09 35 56
Dr J. MATILE : 01 56 09 35 61
Dr B. ROSENBAUM : 01 56 09 35 61
Dr M. WISNIEWSKI : 01 56 09 35 56

Praticiens Attachés

Dr L. ABBES : 01 56 09 35 61
Dr E. COFFIN : 01 56 09 59 97
Dr Ph. HACCOUN : 01 56 09 35 56
Dr A. RATOUIS : 01 56 09 35 61
Dr E. SAMAHA : 01 56 09 59 97
Dr A. VIENNE : 01 56 09 59 97

Fax : 01 56 09 35 29 - 01 56 09 55 75

RDV Consultation :
Tél : 01 56 09 57 00

Cadre Infirmier Supérieur

Françoise MEVEL - Tel : 01 56 09 34 12
francoise.mevel@aphp.fr

Cadres infirmiers

HGE : C. PAYET : Tél : 01 56 09 35 45
cedric.payet@aphp.fr

Endoscopie : A. HILLION : Tél : 01 56 09 56 10
anne.hillion@aphp.fr

Centre Référent National cancer rare CELAC
lymphome et maladie cœliaque
Pr. C. CELLIER - Dr. S. KHATER

IDE Coordinatrice :

Tél : 01 56 09 58 55 - fax : 01 56 09 58 57
christelle.vigner@aphp.fr

Centre de Suivi des Patients à Haut Risque
de Cancer Colorectal

Dr G. PERROD
Dr J. MATILE

IDE Coordinatrice :

Tél : 01 56 09 58 56 - fax : 01 56 09 58 57
sec.gpcosat@aphp.fr

PLATEAU TECHNIQUE

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

- ❖ CENTRE DE DEPISTAGE DES CANCERS DIGESTIFS
- ❖ CENTRE DE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE
DES PERSONNES PREDISPOSEES HEREDITAIREMENT
AU CANCER COLORECTAL

Accueil : 01 56 09 32 09

Hôpital de Jour : 01 56 09 26 74

Secrétariat de programmation :

secretariat.endoscopie.egp@aphp.fr

Fax : 01 56 09 34 56

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS

HOPITAL EUROPEEN GEORGES-POMPIDOU

Mr RAFIK HAMAYED EL MILI

84 RUE DE CHARONNE
75011 PARIS 11

Né(e) le 07/08/1939

Agé(e) de 83 ans,

ORDONNANCE

- PYLERA : 3 comprimés 4 fois par jour
QSP : 10 jours

- INEXIUM 40 mg : 2 comprimés par jour (matin et soir)
QSP : 10 jours

803
1050,20
127.60
x2

PHARMACIE RAIS
Dr. Omar RAIS
62, Rue de la Mer Baltique
Ain Diab - Casablanca

PHARMACIE RAIS
Dr. Omar RAIS
62, Rue de la Mer Baltique
Ain Diab - Casablanca

Fait à Paris, le mardi 21 mars 2023
Hôpital Européen Georges Pompidou
Service Hépato-gastroentérologie et Endoscopies
Pr Gabriel RAHMI
Tel. 01 56 09 24 11
N° RPPS : 10003987194
N° FINESS : 750 803 447
Professeur Gabriel RAHMI

IPP : 8012611330

PHARMACIE RAIS
OMAR RAIS
62 RUE DE LA MER BALTIQUE AIN DIAB
CASABLANCA

Tél : 022798152

23/03/2023

Client : MR RAFIK HAMAYED EL MILI

FACTURE N° : 4027 du 23/03/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	PYLERA 140/125/125 FL 120GELUL	803,00	803,00	0%
2	INEXIUM 40 MG BT 14 CP	123,60	247,20	7%

Total TTC 1 050,20

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
MILLE CINQUANTE DIRHAMS ET VINGT CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	803,00	0,00	803,00
7.00%	7,00	231,03	16,17	247,20
		1 034,03	16,17	1 050,20

PHARMACIE RAIS
Dr. Omar RAIS
62, Rue de la Mer Baltique
Ain Diab - Casablanca

CNSS : 615553610
Compte : 007780000693500030000953

I.C.E : 000442920000096
Patente : 35604599

INPE:092049949
R.C : 280638

I.F : 40600267
RIB
:007780000693500030000953

القائمة II - فقط و
T SUR ORDONNANCE

DOSES PRESCRITES
احترم المقدار

المواد الفاعلة في تركيب
إزوميرازول
بصيغة إزوميرازول ماغن
ك.ك.ل قرص صا
السواغات: كمية كافية ل
السواغات ذات التأثير
14 قرص صامد لحموضة
nneur et Libérateur/
الصانع المعبئ و الم
AstraZeneca AB
Gärtunavägen
85 Södertälje-Suède

EXP 09-2025
LOT ZPLT

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14
Cpr GR

641/15DMP/21/NRQ P.P.V: 123,60 DH



6 118001 020607

AstraZeneca

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubeir bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14

Cpr GR

641/15DMP/21/NRQ

P.P.V: 123,60 DH



6 118001 020607

ASI

القائمة II - فقط و
NT SUR ORDONNANCE

DOSES PRESCRITES
احترم المقدار

PYLERA®
CAPSULES



120
Capsules

Adult Dosage: Pylera® Capsules should be taken as three (3) capsules four times a day, after meals and at bedtime, in conjunction with omeprazole 20mg twice a day, for 10 days. The capsules should be swallowed whole with a full glass of water (8 oz.).



GTIN 05016007207996

LOT 228102A

MFG 06 2022

EXP 05 2025

SN 149114582101

PYLERA® gélules

Boîte de 1 flacon de 120,
AMM N°281 DMP / 21 / NNP
PPV : 803,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur :
SOTHEMA, S.P.A. N° 127182 Bouskoura, MAROC



6 118001 072262