

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

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 : 07/08/39

Adresse : 11 Rue du Mar Baltighe. Ain Diab - Casablanca

Tél. : 06 45 31 63 15 Total des frais engagés : 68,48 EUROS

Autorisation 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 : 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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 29/10/14

Signature de l'adhérent[e] : [Signature]



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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

ORdonnance Dr MESSAS. PRESCRIPTIONS du 08/03/24
(à joindre)

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Setbag Alloch -	09/04/2024	48,48 EUROS

+5 en belles grottes. (à joindre)

ANALYSES - RADIGRAPHIES

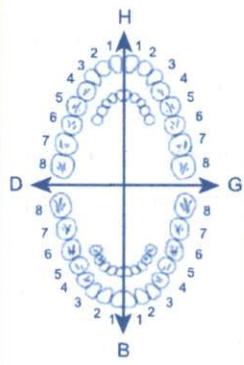
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

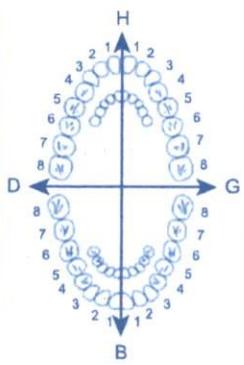
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

MONTANT DES SOIN

DEBUT D'EXECUTI

FIN D'EXECUTI

COEFFICIENT DES TRAVA

MONTANT DES SOIN

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTI

PHARMACIE SEBBAG ALLOCHE Fact. Num. : 218211
97 AVE LEDRU ROLLIN Date Fact. : 09/04/2024
75011 PARIS Date Ord. : 08/03/2024
752013227 Medecin: HOP GEORGES POMPIDOU .
Tel :0147002420 Code Op: 3
INSEE: Malade:HAMAYED RAFIK
84 rue de charonne 75011 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	TRINITRINE MYL 5 mg/24h Disp tr 3	3400935697691	10,71	-	1,02	0
		Dus: 1	Ordo: 270941			
1	COAPROVEL 150MG/ 12,5MG CPR PELL	3400938015393	15,76	10,53	2,76	0
		Dus: 1	Ordo: 270942			
1	RESITUNE 75mg Cp r gast F1/30	3400930013953	1,70	-	1,02	0
			Lot: HK8421			
1	BISOPROLOL 2,5MG REF CPR SEC 30	3400930227336	4,13	-	1,02	0
			Ordo: 270943	Lot: 6090270		
1	NATISPRAY 0,15MG S BUV SUBL FL/20	3400932936984	3,37	-	1,02	0
			Ordo: 270944	Lot: 23002T		
1	Honor. dispens. HC		0,31	-		0
1	Honor. dispens. HDR		0,51	-		0
1	Honor. dispens. HDA		1,58	-		0
1	Honor. dispens. HDE		3,57	-		0

MONTANT TOTAL : 48,48 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 48,48

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.



Hôpital européen Georges-Pompidou



20, rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

Tél. : 01 56 09 20 00

Pôle Cardio-Vasculaire

Professeur Emmanuel MESSAS

Professeur des Universités

Cardiologue – FACC, FESC

Past Research fellow Harvard Medical School

e-mail : emmanuel.messas@egp.aphp.fr

Fait à Paris le 08 03 2024

ORDONNANCE

Prescriptions en rapport avec l'ALD

Affection Exonérante

Hamayed Rafik

Coparovel 150 1/j

RESITUNE 75 1/J

CARNESIEL 2.5 1/J

NATISPRAY FAIBLE UNE BOUFFEE EN CAS DE DOULEUR

PATCH TRINITRINE 5 MG 8H-20H

Valable 6 mois

Professeur Emmanuel MESSAS

SERVICE DE MÉDECINE VASCULAIRE
Hôpital Européen Georges-Pompidou
Professeur Emmanuel MESSAS
20 rue Leblanc - 75908 Paris Cedex 15 - 6
Tél. : 01 56 09 37 74 - Fax : 01 56 09 20 06
N° FINESS : 750803447

FACTURE

N°2605/218211

Du 09/04/2024

Date de l'échéance 09/04/2024

HAMAYED RAFIK
84 rue de charonne
75011 PARIS
FRANCE

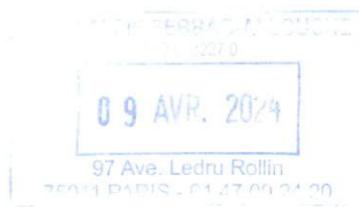
Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
Total HT		Total TVA	Total TTC
47,48		1,00	48,48

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	48,48

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	48,48
Reste dû	0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom



(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

sel PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE
 au capital social de 10000 euros
 . MME SEBBAG ALLOUCHE
 97 AVE LEDRU ROLLIN
 75011 PARIS
 FRANCE
 Tel: 0147002420
 N° SIRET : 31347959400019 - N° SIREN : 313479594
 TVA Intracommunautaire : FR29313479594
 RCS : FR2931347959400019 - Ville de greffe : paris
 Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 2

FACTURE

N°2605/218211

Du 09/04/2024

Date de l'échéance 09/04/2024

HAMAYED RAFIK
 84 rue de charonne
 75011 PARIS
 FRANCE

Prescripteur : HOP GEORGES POMPIDOU .

N° AM : 750803447

Opérateur: _ F

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
TRINITRINE MYL 5mg/24h Disp tr 30Sach 3400935697691	PH7	0	1	10,490	2,10%	10,49
N° Ordonnancier : 270941						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
COAPROVEL 150MG/12,5MG CPR PELL 6PLAQ/15 3400938015393	PH7	0	1	15,436	2,10%	15,44
N° Ordonnancier : 270942						
Honor. dispens. HG7	HG7	0	1	2,703	2,10%	2,70
RESITUNE 75mg Cpr gast FI/30 3400930013953	PH7	0	1	1,665	2,10%	1,67
N° Lots : HK8421						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
BISOPROLOL 2,5MG REF CPR SEC 30 3400930227336	PH7	0	1	4,045	2,10%	4,05
N° Ordonnancier : 270943						
N° Lots : 6090270						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
NATISPRAY 0,15MG S BUV SUBL FL/200D 3400932936984	PH7	0	1	3,301	2,10%	3,30
N° Ordonnancier : 270944						
N° Lots : 23002T						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HC	HC	0	1	0,300	2,10%	0,30
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	0	1	1,550	2,10%	1,55
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
47,48	2,1% (4)	1,00	48,48

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

EXP 08/2025
Lot HK8421



LP 3400930013953

Solution pour pulvérisation buccale

Trinitrine

0,15 mg/dose

Natispray®



RESITUNE
Acide acétylsalicylique

75 mg

30 comprimés gastro-résistant
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.

Natispray®

0,15 mg / dose

Voie sublinguale

Flacon de 13,5 ml
(200 doses)

Trinitrine Viatris

5 mg/24 h

Voie transdermique

Trinitrine 5 mg/24 h



BISOPROLOL

REF[®] 2,5 mg

30

COMPRIMÉS
PELICULÉS
SÉCABLES



PC 03400930227336
SN 71748395566221
Lot 6090270
EXP 11/2025

BISOPROLOL REF[®] 2,5 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE.

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.

Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.



CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE
= DANGER

Ne pas utiliser
chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS



FR

PLAQUETTE VIDE
+ ÉTUI
+ NOTICE



PLAQUETTE
NON VIDE



COAPROVEL

150 mg/12,5 mg

comprimés pelliculés
irbésartan/
hydrochlorothiazide

FRANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
LISTE I



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



FR

ETUI
+ PLAQUETTE VIDE
+ NOTICE



FR

PLAQUETTE
NON VIDE



COAPROVEL® + GROSSESSE
= INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

Médicament autorisé

(CIP)

n° 34009 3801539 3

CIP 03400938015393

SN 1355473HW4KNCF

LOT JT1057V

EXP 04/2026

