

## 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 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 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Étage Angles Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



## Déclaration de Maladie

N° W19-553637

42774

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : RAM (Directeur Tech)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Mlle 1157

Nom & Prénom : HAMAYED ELNILI Rafik

Date de naissance : 07/08/35

Adresse : 11 Boulevard Mer Balthazar Andréa CASABLANCA

Tél : 0645215315 Total des frais engagés : 1512,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

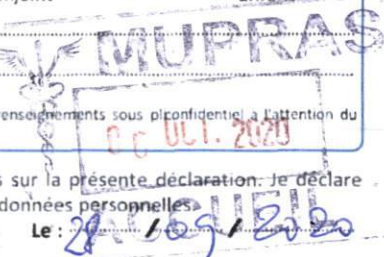
Nature de la maladie :

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 28/09/2020



### 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
	11/10/2019	1512,00

### 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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.

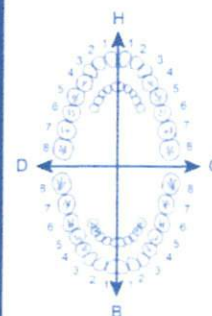
SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP :





PHARMACIE RAIS

OMAR RAIS

62 RUE DE LA MER BALTIQUE AIN DIAB CASA

Tél: 022798152

Patente N°: 35604599

N° R.C. : 280638

Compte : 007780000693500030000953

CNSS : 615553610

Id.Fiscale: 40600267

ICE : 000442920000096

Le : 20/07/2020

MR HAMAYED ELMILI RAFIK

FACTURE : 9847 du : 20/07/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
6	CO-OLMETEC 20/12.5MG / 30 CP	252,00	1 512,00	0,00%
Total TTC			1512.00	
Droits de timbre			0.00	
Net à payer			1512.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de :MILLE CINQ CENT DOUZE DIRHAMS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	1 512,00	0,00	1 512,00
		1 512,00	0,00	1 512,00

6 118001 101627  
CoOLMETEC® 20 mg/12,5  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed DIOURI, Casabl  
Pharmacien Responsable:  
AMINA DAOUDI  
PPV: 252,00 DH

6 118001 101627  
CoOLMETEC® 20 mg/12,5 mg  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
AMINA DAOUDI  
PPV: 252,00 DH

PHARMACIE RAIS  
OMAR RAIS  
Docteur en Pharmacie  
62, rue de la Mer Baltique  
Ain Diab Casablanca  
Tél: 022798152 / Fax: 022798153

6 118001 101627  
CoOLMETEC® 20 mg/12,5 mg  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
AMINA DAOUDI  
PPV: 252,00 DH

6 118001 101627  
CoOLMETEC® 20 mg/12,5 mg  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
AMINA DAOUDI  
PPV: 252,00 DH

6 118001 101627  
CoOLMETEC® 20 mg/12,5 mg  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
AMINA DAOUDI  
PPV: 252,00 DH

6 118001 101627  
CoOLMETEC® 20 mg/12,5 mg  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
AMINA DAOUDI  
PPV: 252,00 DH



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](mailto:emmanuel.messas@egp.aphp.fr)

Secrétariat : 01.56.09.37.55

Fax : 01.56.09.30.65

e-mail : [marie-paule.boucher@egp.aphp.fr](mailto:marie-paule.boucher@egp.aphp.fr)

ASSISTANCE  
PUBLIQUE



HÔPITAUX  
DE PARIS

**ORDONNANCE**

**Prescriptions en rapport avec l'ALD**

**Affection Exonérante**

HAMAYED ELMILI RAFIK

COOLMETEC 20 1/J

LE 11 10 2019

Valable 6 mois

Service de Médecine Interne  
**Pr Emmanuel MESSAS**

Hôpital Européen Georges Pompidou  
20, rue Leblanc - 75908 PARIS cedex 15  
01 56 09 37 55 / 01 56 09 30 51  
Fax : 01 56 09 30 65  
N° FINESS 75060335447

PHARMACIE PAIS  
Docteur Omar Bais  
62, rue de la République  
75011 Paris  
A. J. Lab. Casablanca

252.00 x 6

= 1512.00