

## 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 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 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 à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W19-553637

42774

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1157

Société :

RAM (appteur tech.)

Mme 1157

Rafik

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMAYED EL MILI

Date de naissance : 07/08/35

Adresse : 11 Rue de la Mer Balthazar Andrik  
CASABLANCA

Tél. : 0615315315

Total des frais engagés : 1512,90 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 Signature de l'adhérent(e) : MUPRAS  
Le : 29/09/2020

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 et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE COMMUNALE</del>	11/12/2019	1512,00

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées  NATURE DES SOINS  COEFFICIENT	INP : <input type="text"/>															
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
		FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>															
		<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
			H	G													
			25533412	21433552													
			00000000	00000000													
D	B																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession																	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
<b>CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																	

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%
	<b>Total TTC</b>		<b>1512,00</b>	
	Droits de timbre		0,00	
	<b>Net à payer</b>		<b>1512,00</b>	

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
		<b>1 512,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1 512,00</b>



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



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



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



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



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

~~PHARMACIE DAIS~~  
~~62, Rue de la Paix, Paris 75002~~  
~~Doccette de la Pharmacie~~  
~~Assistance publique~~  
~~Hôpitaux de Paris~~

LE 11 10 2019

~~Valable 6 mois~~

Service de Médecine ~~Professeur Emmanuel MESSAS~~

*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 75080335447