

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

- 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 à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W21-620180

64074

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7162	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	gau
Nom & Prénom : NABIL			
Date de naissance : 11.08.1963			
Adresse : 31 Avenue Hassan II			
Tél. : 0661316664 Total des frais engagés : 28 Euros Dhs			

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
<input type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Age:	
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 : **RAM** Le : **15/03/2021**
 Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

PHARMACIE EXCELSIOR
77 boulevard Saint-Martin
75003 Paris 01 46 51 26 92
Tél. 01 46 51 26 93
Fax 01 46 51 26 94

RELEVE 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE EELMANS
77 boulevard de l'Embarcadère
15016 PARIS - 01 40 63 93 99
75 204 31 41

CARTE BANCAIRE
A0000000421010
CB
LE 23/01/21 A 13:44:42
PHARMACIE EXELMA
75016
PARIS
2957496 88091429600012
30002
#####4071
EE2439089C386FA0
001 000003 32 C
MONTANT :
74,78 EUR
DEBIT
TICKET CLIENT
A CONSERVER



GJ 020 116 285 FR



LETTER DE TRANSPORT FAISANT OFFICE DE FACTURE PRO FORMA

SENDER

CHRONO EXPRESS® quilted envelope International 2 kg

NAME ~~Malek HAKKAWI~~ADDRESS ~~7 Rue de Husset 75016
Paris, France~~

ZIP CODE

~~75016~~CITY ~~Paris~~COUNTRY ~~FRANCE~~PHONE ~~0613431081~~E-MAIL ~~malek_hakkawi@hotmail.com~~

RECEIVER

NAME ~~NABIL DAOUND AL MADAWAR~~ADDRESS ~~31 AVENUE HASSAN SOUTANI
APT 6, Quartier Gauthier~~CITY ~~Casablanca~~STATE

ZIP CODE

~~20060~~COUNTRY ~~Maroc~~PHONE ~~232 77 202021~~E-MAIL

PARCEL CONTENTS IN ENGLISH / ■ DOCUMENTS ■ GOODS

POUR LES MARCHANDISES

DESCRIPTION DÉTAILLÉE DU CONTENU DU COLIS EN ANGLAIS / DETAILED DESCRIPTION OF CONTENTS IN ENGLISH
(mention "échantillons" interdite / "samples" prohibited)

Quantity

Value (± 0 €)

DRAVASTATINE 40 MG RIOGARAN	1	12,04
CLOPIDAC ACETY 75 AS HG CPR 24	3	20,25
BISOPROLOL 2,5 MG BGR CPR SET 40	1	11,62
DANTOPRAZOLE 90 MG BTG GARAN CPR 28	3	15,15

Currency unit Total

PREPAID

Maximum resistance 2 kg

The sender accepts the general sales conditions as indicated on the back and certifies that the parcel does not contain prohibited articles or dangerous and/or restricted goods.

SENDER SIGNATURE

DATE

250121

DAY MONTH YEAR

TIMBRE

A
DATE

In the event of any damage or refilling, the addressee must express full, precise, written reserves, dated and signed, on the delivery ship, at the time of delivery. In the event of delay in delivery for which CHRONOPOST is responsible, it undertakes to pay an indemnity which cannot exceed the price of transport (excluding dues, duties, taxes and miscellaneous costs) in conformity with Article 22.3 of the standard contract - decree no. 99-269 of 6 April 1999. Any claim must be specially sent to "Customer Service" the address of which is stated on the waybill, within no more than twenty-one (21) days from the day of delivery.

Départ FRANCE MÉTROPOLITAINE/MONACO - Destination MONDE

Service Client ☎ Entreprise 0825 801 801** - ☎ Particulier 0969 391 391***

CHRONOPOST SAS - 9 Boulevard Romain Rolland - 75014 Paris - www.chronopost.fr

Société par Actions Simplifiée au capital de 32 632 000 € - 383 960 135 RCS Paris Code TVA FR 82 383 960 135

Identification du prescripteur

Docteur F. PICARD

RPPS : 10100900363

Service de Cardiologie

Hôpitaux universitaires Paris Centre – Site Cochin

Tel : 01 58 41 18 62

Fax : 01 58 41 16 05

Identification du malade

Mr DAOUD Nabil

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONERANTE)

- PRAVASTATINE 40mg : 1 par jour
- DUOPLAVIN 75/75 : 1 par jour
- BISOPROLOL 5 : 1 par jour
- PANTOPRAZOLE 20mg : 1 par jour

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)**

QSP 6 mois

le 13/01/2021

Dr Fabien PICARD

Docteur F. PICARD

RPPS : 10100900363

Service de Cardiologie

Hôpitaux Universitaires Paris Centre - site Cochin

Tél. 01 58 41 16 59 / Fax 01 58 41 16 05

23/01/2021
PHARMACIE EXELMANS
77 boulevard Exelmans
75016 PARIS - 01 46 51 23 92
75 2 04314 1

Att pour 3 mois

HARMACIE EXELMANS
ME DE LA FOURNIERE MR BERNIE
52 04314 1
77 boulevard Exelmans
75016 PARIS
Tel: 01 46 51 23 92
Ordonnance: 13/01/21
Delivrance: 23/01/21
Vendeur: KO

Facture no : 706116

Malade : DAOUD
26501 Nabil

72 bd Exelmans
75016 PARIS

Medecin: HOP COCHIN
750100166

Qte	P_unit	Cip	Designation	Base	Hon.	taux	Ordo
1	12,04	3400921920734	PRAVASTATINE 40MG BIOGARAN CPR 8	12,04	2,76	65%	001665094
3	6,75	3400930195697	CLOPID/AC ACETY 75/75MG MYL CP30	6,75	1,02	65%	001665095
1	11,62	3400935295866	BISOPROLOL 2,5MG BGR CPR SEC 90	11,62	2,76	65%	001665096
3	5,05	3400939322186	PANTOPRAZOLE 20MG BIOGARAN CPR 2	5,05	1,02	65%	001665097
			HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE		0,51	70%	
			HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE		3,57	70%	

TOTAL GENERAL: 74,78 TOTAL ASSURE: 74,78
TOTAL R.O.: 0,00
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL



PHARMACIE EXELMANS
MME DE LA FOURNIERE MR BERNIE
77 boulevard Exelmans
75016 PARIS
France

N° SIREN : 880914296
 N° TVA intracommunautaire : FR16880914296
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 01 46 51 23 92
 E mail : ordo@pharmacieexelmans.com

DAOUD Nabil

72 bd Exelmans
 75016 PARIS
 France

Tél. :

Agente
PHARMACIE EXELMANS
 77 boulevard Exelmans
 75016 PARIS - 01 46 51 23 92
 75 2 04314 1

Caisse : 01 Opérateur n° 1006 KO

Facture n° 588386 du 23/01/2021 - vente n° 121012300262 - FSE n° 706116

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Montant Net HT	Taux TVA	Net TTC
34009 2192073 4	PRAVASTATINE 40MG BIOGARAN CPR 84	1	11,792	11,79	2,10	12,04
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	2,703	2,70	2,10	2,76
34009 3019569 7	CLOPID/AC ACETY 75/75MG MYL CP30X1	3	6,611	19,83	2,10	20,25
	HONORAIRE DE DISPENSATION	3	0,999	3,00	2,10	3,06
34009 3529586 6	BISOPROLOL 2,5MG BGR CPR SEC 90	1	11,381	11,38	2,10	11,62
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	2,703	2,70	2,10	2,76
34009 3932218 6	PANTOPRAZOLE 20MG BIOGARAN CPR 28	3	4,946	14,84	2,10	15,15
	HONORAIRE DE DISPENSATION	3	0,999	3,00	2,10	3,06
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57
Totaux		8		73,24 €		74,78 €

Banque: CREDIT LYONNAIS
IBAN: FR36 3000 2004 2900 0000 9971 J20

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	73,24	1,54	74,78
Totaux	73,24	1,54	74,78

Part principale		Part assuré	74,78
Part complémentaire			

Net à payer 74,78

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Reglée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 23/01/2021.

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

PHARMACIE EXELMANS
MME DE LA FOURNIERE MR BERNIE
75 2 04314 1
77 boulevard Exelmans
75016 PARIS
Tel: 01 46 51 23 92
Ordonnance: 13/01/21
Delivrance: 23/01/21
Vendeur: KO

Facture no : 706116
Malade : DAOUD
26501 Nabil
72 bd Exelmans
75016 PARIS
Medecin: HOP COCHIN
750100166

Qte---P.unit-Cip-----Designation-----Base---Hon.--taux---Ordo--

1	12.04	3400921920734	PRAVASTATINE 40MG BIOGARAN CPR 8	12,04	2,76	65%	001665094
3	6,75	3400930195697	CLOPID/AC ACETY 75/75MG MYL CP30	6,75	1,02	65%	001665095
1	11.62	3400935295866	BISOPROLOL 2,5MG BGR CPR SEC 90	11,62	2,76	65%	001665096
3	5,05	3400939322186	PANTOPRAZOLE 20MG BIOGARAN CPR 2	5,05	1,02	65%	001665097
			HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	0,51	70%		
			HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	3,57	70%		

TOTAL GENERAL: 74,78 TOTAL ASSURE: 74,78
TOTAL R.O.: 0,00
TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

DuoPlavin 75 mg/75 mg
comprimés pelliculés
clopidogrel/acide acétylsalicylique



CIP 03400938206371
LOT A1109
EXP 04/2022
SN 100N2P69VK37RE

BISOPROLOL

BGR® 2,5 mg



VOIE ORALE

1 COMPRIMÉ	24 DUREE
MATIN	

BIOCGRAN

PC : 03400935295866

S/N : 66227530619465

EXP: 04/2023

Lot : 600LF1





75068750



PC: 03400930195697
SN: 2FPXX5HHV4
LOT: 3118841
EXP: 06/2022

FRANCE

Médicament autorisé
n° 34009 301 956 9 7



3400930195697

Respecter les doses prescrites
Liste I - Uniquement sur ordonnance



**CE MEDICAMENT +
GROSSESSE =
INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme
enceinte.

CODE No.: MH/DRUGS/AD/089



Mylan S.A.S.
117 Allée des Parcs
69800 Saint-Priest
France

**Clopidogrel/
Acide acétylsalicylique Mylan**

75 mg/75 mg
comprimés pelliculés



30 x 1



75068750



PC: 03400930195697
SN: 2FPXX5HHV4
LOT: 3118841
EXP: 06/2022

FRANCE

Médicament autorisé
n° 34009 301 956 9 7



3400930195697

Respecter les doses prescrites
Liste I - Uniquement sur ordonnance



CE MEDICAMENT +
GROSSESSE =
INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme
enceinte.

CODE No.: MH/DRUGS/AD/089



Mylan S.A.S.
117 Allée des Parcs
69800 Saint-Priest
France

Clopidogrel/
Acide acétylsalicylique Mylan

75 mg/75 mg



30 x 1

comprimés pelliculés



75068750



PC: 03400930195697
SN: 2FPXX5HHV4
LOT: 3118841
EXP: 06/2022

FRANCE

Médicament autorisé
n° 34009 301 956 9 7



3400930195697

Respecter les doses prescrites
Liste I - Uniquement sur ordonnance



**CE MEDICAMENT +
GROSSESSE =
INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme
enceinte.

CODE No.: MH/DRUGS/AD/089

Mylan

Mylan S.A.S.
117 Allée des Parcs
69800 Saint-Priest
France



30 x 1

**Clopidogrel/
Acide acétylsalicylique Mylan**

75 mg/75 mg

comprimés pelliculés

PC
SN
Lot:
Exp.:

06-2023
221543467019
03400939322186



BIOGARAN

PANTOPRAZOLE BIOGARAN® 20 mg

28

COMPRIM
GASTROR

VOIE ORALE

					AVANT	
 MATIN	 MIDI	 SOIR	 DUREE	 REPAS		

PC
SN
Lot:
Exp.:

06-2023
221543467019
03400939322186



BIOGARAN

PANTOPRAZOLE BIOGARAN® 20 mg

28

COMPRIM
GASTROR

VOIE ORALE

					AVANT	
 MATIN	 MIDI	 SOIR	 DUREE	 REPAS		

PC
SN
Lot:
Exp.:

06-2023
221543467019
03400939322186



BIOGARAN

PANTOPRAZOLE BIOGARAN® 20 mg

28

COMPRIM
GASTROR

VOIE ORALE

					AVANT	
 MATIN	 MIDI	 SOIR	 DUREE	 REPAS		

PRAVASTATINE BIOGARAN® **40 mg**

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**PRAVASTATINE
BIOGARAN® 40 mg,
comprimé pelliculé
+ GROSSESSE
= INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez l'adolescente
ou la femme en âge de procréer,
et sans contraception efficace,
et chez la femme enceinte**

**TENIR HORS DE LA VUE
ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS**



3400921920734



PC: 03400921920734

SN: 47725036324815

LOT: 1070-07 •

EXP: 08.2022