

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-620180

64074

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société : CAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NABEN SAUD

Date de naissance : 11.08.1963

Adresse : 31 Avenue Hassan Boulbraz

Tél : 066131664 Total des frais engagés : 28 Euros 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 :

Le : 15 / 03 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma

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

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
		AM	PC	IM	IV	

PHARMACIE EXELMANS
77 boulevard Exelmans
75016 PARIS - 01 46 51 26 92
Tél. 01 46 51 26 92

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 : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE EXELMANS
77 boulevard Exelmans
75016 PARIS - 01 46 51 26 92
Tél. 01 46 51 26 92

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

**chronopost**

2 - RECEIVER

LETTRE DE TRANSPORT FAISANT OFFICE DE FACTURE PRO FORMA**SENDER****CHRONO EXPRESS® quilted envelope International 2 kg**

NAME Malek AKKAWI
ADDRESS 7 Rue de Musset 75016
Paris, France
ZIP CODE 75016 CITY Paris COUNTRY France
PHONE 0613431081 E-MAIL malek.akkawi@hotmail.com

RECEIVER

NAME NABIL DAUD AL MADAWAR
ADDRESS 31 AVENUE HASSAN SOUKTANI
Apt 6 Quartier Gauthier
CITY Casablanca STATE
ZIP CODE 20060 COUNTRY Maroc
PHONE +33277202021 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 BIOGARAN		1	12,04
CLOPID AC ACETY 75/75 MG NITR		3	20,25
BISOPROLOL 2,5MG BGR CPR SET 40		1	11,62
PANTOPRAZOLE 20 MG BIOGARAN		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**

25.01.21
DAY MONTH YEAR

TIMBRE
A
DATE

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
5 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
				HONORAIRES MEDICAMENT REMBOURSABLE		0,51	70%	
				HONORAIRES 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. :

Acquité
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

Réglée 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 Nabi
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
				HONORAIRES MEDICAMENT REMBOURSABLE		0,51	70%	
				HONORAIRES 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 AA109
EXP 04/2022
SN 100N2P69VK37RE

BIOGARAN

BISOPROLOL

BGR[®] 2,5 mg

90



COMPRIMÉS
PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE

1

COMPRIMÉ



MATIN



DURÉE



ADULTE

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

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**

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**

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



PC
SN
Lot:
Exp.:

03400939322186

221543467019
201474
06-2023





BIOGARAN

PANTOPRAZOLE

BIOGARAN® 20 mg

28
COMPRIM
GASTRO

VOIE ORALE

				AVANT	
 MATIN	 MIDI	 SOIR	 DURÉE	 REPAS	

PANTOPRAZOLE

BIOGARAN® 20 mg

28
COMPRIM
GASTRO

VOIE ORALE

				AVANT	
					
MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE	REPAS	

BIOGARAN

03400939322186

PC
SN

Lot:

Exp.:

221543467019

201474

06-2023



PANTOPRAZOLE

BIOGARAN® 20 mg

28
COMPRIM
GASTRO

VOIE ORALE

				AVANT	
					
MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE	REPAS	

BIOGARAN

03400939322186

PC
SN

Lot:

Exp.:

221543467019

201474

06-2023



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**