

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration d

N° W21-673315

106198

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462

Société : R A M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : NABIL DAoud

Date de naissance : 11.08.1963

Adresse : 31 Avenue Hassan Soukaini

Tél. : 0661316664

Total des frais engagés : 132 Euro 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 : 20/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
PHARMACIE SAINT CÔME ELARL Pharmacie JEANNE 182 Avenue de Versailles 75016 PARIS 01 42 88 48 18 75 2 04 263 0	17/12/21	132,81

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

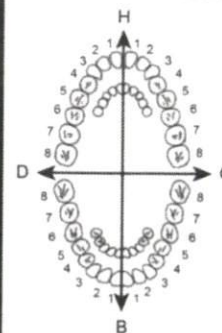
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

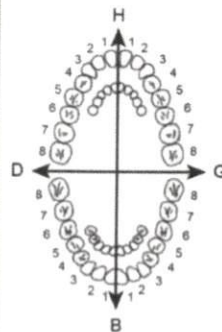
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*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)**

---

- LIPTRUZET 80/10 : 1 par jour
- KARDEGIC 75 : 1 par jour
- BISOPROLOL 2.5 : 1 par jour
- PANTOPRAZOLE 20mg : 1 par jour en cas de brûlures d'estomac
- STILNOX 10mg : 1 le soir en cas d'insomnies

---

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

---

QSP 6 mois

le 16/12/2021

**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





ORGANON

# Liptruzet®

# 10 mg/80 mg

comprimé pelliculé

ézétimibe/atorvastatine



PC.: 03400928005786

SN:

EXP

Lot

137381109702

05-2023

U037119

30 comprimés pelliculés





ORGANON

# Liptruzet®

# 10 mg/80 mg

comprimé pelliculé

ézétimibe/atorvastatine



PC.: 03400928005786

SN:

EXP

Lot

137381109702

05-2023

U037119

30 comprimés pelliculés





ORGANON

# Liptruzet®

# 10 mg/80 mg

comprimé pelliculé

ézétimibe/atorvastatine



PC.: 03400928005786

SN:

EXP

Lot

137381109702

05-2023

U037119

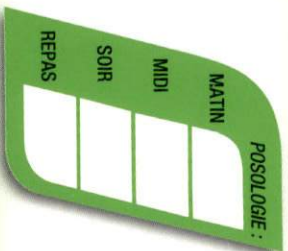
30 comprimés pelliculés



CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT >  
[WWW.CONSIGNESDETRI.FR](http://WWW.CONSIGNESDETRI.FR)  
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE



**PANTOPRAZOLE ZENTIVA**  
**+ GROSSESSE = INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte

SN 13922K8EE5WEAH

CIP 03400938781052

EXP 03.2024

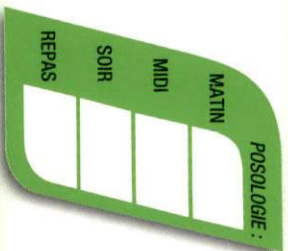
LOT AR16PG



CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT >  
[WWW.CONSIGNESDETRI.FR](http://WWW.CONSIGNESDETRI.FR)  
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE



**PANTOPRAZOLE ZENTIVA**  
**+ GROSSESSE = INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte

SN 13922K8EE5WEAH

CIP 03400938781052

EXP 03.2024

LOT AR16PG

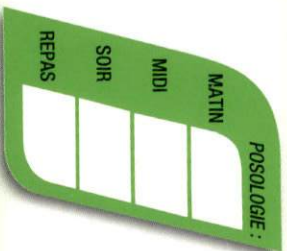




CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT >  
[WWW.CONSIGNESDETRI.FR](http://WWW.CONSIGNESDETRI.FR)  
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE



**PANTOPRAZOLE ZENTIVA**  
**+ GROSSESSE = INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte

SN 13922K8EE5WEAH

CIP 03400938781052

EXP 03.2024

LOT AR16PG





PC 03400935314369  
SN 2R9T6P1T33  
Lot 8124123  
EXP 03/2024

**BisoCé Gé**

**2,5 mg**

## JUSTIFICATIF VITALE (Ordonnance payante - 00 - )

No : 49747  
PHARMACIE SAINT COME  
182 AVENUE DE VERSAILLES  
75016 PARIS  
Mal: DAOUD

Nabil

75 2 04263 0  
JEANNE Emilie  
Tel: 01.42.88.48.18

Ne le:11/08/1963 Rang:1

Nature: Exo:

No: 750100166

Deliv du: 17/12/21

00000 MAROC  
Dr : PICARD FABIEN  
Ordon du: 17/12/21

AMO:

Vendeur : B

QTE	Produits	P.U	(Base)	Hon	Taux
3	LIPTRUZET 10MG/80MG CPR 30	31,09		1,02	65%
	34009 2800578 6	Ordo: 000073524			
1	BISDCE GE 2.5MG CPR SECABLE	11,49		2,76	65%
	34009 3531436 9	Ordo: 000073525			
3	PANTOPRAZOLE 20MG ZENTIVA CP	5,03		1,02	65%
	34009 3878105 2	Ordo: 000073526			
	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE			0,51	70%
	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE			3,57	70%

TOTAL FACTURE : 132,81 7 Produits  
MONTANT A.M.O : 0,00 MONTANT A.M.C : 0,00  
Paye par l'assure : 132,81



PHARMACIE SAINT COME  
JEANNE Emilie  
182 AVENUE DE VERSAILLES  
75016 PARIS

Identifiant : 75 2 04263 0

Tél. : 01.42.88.48.18

Email : pharmasaintcome@gmail.com

DAOUD Nabil  
00000 MAROC

Banque : 1

IBAN : 1

**Justificatif de vente n° 119938 du 17 décembre 2021**

Code	Désignation	% TVA	Px Unit. TTC €	Qté	Montant TTC €
3400928005786	LIPTRUZET 10MG/80MG CPR 30	2,10	31,09	3	93,27
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	3	3,06
3400935314369	BISOCE GE 2,5MG CPR SECABLE 90	2,10	11,49	1	11,49
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	2,76	1	2,76
3400938781052	PANTOPRAZOLE 20MG ZENTIVA CPR 28	2,10	5,03	3	15,09
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	3	3,06
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	2,10	0,51	1	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	2,10	3,57	1	3,57

reçue le 17-12-21  
PHARMACIE SAINT COME  
SELARL Pharmacie JEANNE  
182 Avenue de Versailles  
75016 PARIS  
01 42 88 48 18  
75 2 04263 0

Taux %	Net HT €	TVA €	TTC €
2,10	130,08	2,73	132,81
Total	130,08	2,73	132,81

Part Principale €		Part Assuré €	132,81
Part Complémentaire €			

Net à payer **132,81** euros