

## 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
- 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 Étage 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-677369

143376

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAMAYED EL MILI RAFIK  
 Date de naissance : 27/8/35  
 Adresse : 11 Rue de la Mer Baltique Ain Drah.  
 Tél. : 0645315315 Total des frais engagés : 129,80 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 : Casablanca Le : 22/04/2022

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
<p><i>Voilà ci-joint</i></p> <p><i>Médicaments pour 6 mois</i></p> <p><i>achetés en France</i></p> <p><i>sur bon de p. ant. France</i></p> <p><i>ou parfois -</i></p>		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>2 ports de 90 cm pi. vis</i></p> <p><i>Caj. ordonnance et facture</i></p>			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>		
				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></p>		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p>		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>			
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE  
. MME SEBBAG ALLOUCHE  
97 AVE LEDRU ROLLIN  
75011 PARIS  
Tel: 0147002420  
N° SIRET: 31347959400019  
Code NAF: 4773Z - FR29313479594  
FRANCE

Page

1 / 1

**FACTURE**

N°1622/174419

Du 23/03/2022

Date de l'échéance 24/03/2022

HAMAYET EL MILI Rafik  
84 rue de charonne  
75011 PARIS 11

*Facture acquittée.*

Prescripteur : INTERNE HOP EUROPEEN Pompidou  
N° AM : 750803447  
N° RPPS : 10000528868  
Opérateur: \_ C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
COOLMETEC 20MG/12,5MG CPR PELL PLQ/90 3400937221139	PHN	0	2	58,091	10,00%	116,18
N° Ordonnancier : 221410						

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
116,18	10% (10)	11,62	127,80
Total HT	Total TVA		Total TTC
116,18	11,62		127,80

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	127,80

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	127,80

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom



(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 10: taux 10.0



**CoOlmotec®**

**20 mg / 12,5 mg**

**Comprimé pelliculé**

Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

90 comprimés pelliculés

Voie orale



**Daiichi-Sankyo**



**CoOlmotec<sup>®</sup>**

**20 mg / 12,5 mg**

**Comprimé pelliculé**

Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

90 comprimés pelliculés

Voie orale



**Daiichi-Sankyo**



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

Fait à Paris le 11 03 2022

**ORDONNANCE**

**Prescriptions en rapport avec l'ALD**

**Affection Exonérante**

HAMAYET EL MILI RAFIK

COELMETEC 1/J

Valable 6 mois

Professeur Emmanuel MESSAS

**SERVICE DE MEDECINE VASCULAIRE**  
Hôpital Européen Georges Pompidou  
**Professeur Emmanuel MESSAS**  
20 rue Leblanc - 75908 Paris cedex 15  
Tel : 01 56 09 37 74 - Fax : 01 56 09 30 65  
N° FINESS : 750803447

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE      Fact. Num. :      174419  
97 AVE LEDRU ROLLIN      Date Fact. :      23/03/2022  
75011 PARIS      Date Ord. :      23/03/2022  
752013227      Medecin: INTERNE HOP EUROPEEN Pompidou  
Tel :0147002420      Code Op: 2  
INSEE:      Malade:HAMAYET EL MILI Rafik  
84 rue de charonne      75011 PARIS 11

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
2	COOLMETEC 20MG/1	3400937221139	63,90	-		0
	2,5MG CPR PELL P	Dus: 2	Ordo: 221410			

MONTANT TOTAL :	127,80	MONTANT AMD :	0,00
MONTANT AMC :	0,00	MONTANT ASSURE :	127,80

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.



PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE  
MME SEBBAG ALLOUCHE  
97 AVE LEDRU ROLLIN  
75011 PARIS  
Tel: 0147002420  
N° SIRET: 31347959400019  
Code NAF: 4773Z - FR29313479594  
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC

Patient: HAMAYET EL MILI Rafik  
Ordonnance 174419

3400937221139	10	2	63,90	127,80
COOLMETEC 20MG/12,5MG CPR PELL (221410)				
Du(s): 2x				

Total TTC	127,80
A Payer	127,80

TOTAL A PAYER : 127,80 (B38,31F)  
Montant HT : 116,18

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
10	10,00	116,182	11.618		127,80

Espèces : 130,00  
Rendu monnaie : 2,20

Le 23/03/2022 à 17h37 Op. : 2 C

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT  
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 113377/345247 217/0106-R2  
124/ /1/FACTURATION/TICKET/1/N/AANI/AANN  
/2.13.1.2.R11-185/1

Facture 2 briks  
Médicaments (90 copies)  
Columbo 20/12,5



Le 23/02/2022 à 20:08

Nombre de mails recus : 26

- AUTRE : 9
- Incrément LOI : 1
- ARL SCOR : 16
- 2 RPH à traiter

Traitement LOI (reference : 202202225837)

Traitement incrément LOI 202202225837

Nouvelle référence loi : 202202235838

Traitement et envoi des lots (SESAM-Vitale)

COMPTE RENDU DES TRANSMISSIONS PAR EMAIL

Envoi du mail de demande dLOI

Envoi demande dLOI OK

Fichier 054864 : Correctement emis

-- Fin de transmission, durée totale : 37 s --

Le 23/02/2022 à 20:09