

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 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



Déclaration de Maladie

N° W21-677369

113376

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1157

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Société :

Autre :

ROYAL AIR MAROC

HAMAYED EL MILI RAFIK

27/8/39

11 Rue de l'Mer Baltique Ain Dab-

Casablanca

127,80 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 : 22/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Mohamed Fakir

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Voir ci-joint		Médicament pris 6h/24 acheté en France Curs. nom. d.p. au 17/02/2002 en parfums -

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			9 honoraires de 90 francs minimum (à joindre à l'ordre et à la facture)

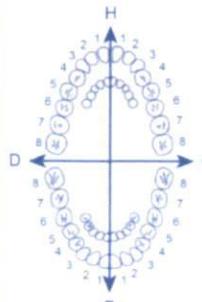
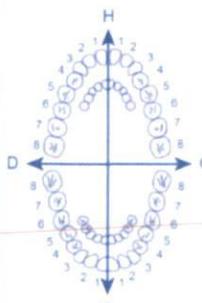
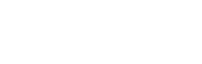
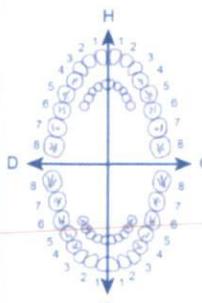
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, 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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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 SEBBAG ALLOCHE
MME SEBBAG ALLOCHE
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



CoOlmetec®

20 mg / 12,5 mg

Comprimé pelliculé

Olmésartan médoxomil/Hydrochlorothiazide

90 comprimés pelliculés

Voie orale



Daiichi-Sankyo



CoOlmetec®

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

Progressus des Universités
Cardiologue - FACC, FESC

Past Research fellow Harvard Medical School

e-mail : 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

HAMAYET EL MILI RAFIK

COELMETEC 1/J

Valable 6 mois



HÔPITAUX
DE PARIS

ASSISTANCE
PUBLIQUE

HÔPITAUX
DE PARIS

Fait à Paris le 11 03 2022

ORDONNANCE

Prescriptions en rapport avec l'ALD

Affection Exonérante

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

2020-07-17 10:45:00 1000-27-44702 CNO 751-65002-0
2020-07-17 10:45:00 1000-27-44702 CNO 751-65002-0

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE
97 AVE LEDRU ROLLIN
75011 PARIS
752013227
Tel :0147002420
INSEE:
84 rue de charonne

Fact. Num. : 174419
Date Fact. : 23/03/2022
Date Ord. : 23/03/2022
Medecin: INTERNE HOP EUROPEEN Pompidou
Code Do: 2
Malade:HAMYET EL MILI Rafik
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 (B21410)

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 Dp. : 2 C

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT

MERCI POUR VOTRE VISITE

Facture 2 brûlés
Médicaments (go copain)
Colonie 20/12,5

Ticket 113377/345247 217/0106-R2
1247/17/FACTURATION/TICKET/1/N/AANI/AANN
/2.13.1.2.R11-185/1

Le 23/02/2022 à 20:08

Nombre de mails recus : 26

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

Traitements LOI (référence : 202202225837)

Traitements incrémentation LOI 202202225837

Nouvelle référence loi : 202202235838

Traitements 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 émis

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

Le 23/02/2022 à 20:09