

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.



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0055544

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0497 Société : M6073

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bennis Brahim

Date de naissance : 25-08-90

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Albert HAGEGE
Chef du Département de Cardiologie
Hôpital Européen Georges Pompidou
20, rue Leblanc - 75908 PARIS Cedex 15
Tél. : 01 56 09 36 83 - Fax 01 56 09 39 04

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 : / /

de l'adhérent(e) : [Signature]

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 - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
25/03/27	Consultation	APU	150 €	
	Acte		150 €	
	Acte		300 €	
	Total			

Du 31/05/2020 à 21/04/2021 : Mobilisation 5066,78€

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRINCIPALE DU KREMLIN BICETRE 46, avenue de Fontainebleau 94270 Le Kremlin-Bicêtre Tél: 01 46 58 07 17 - Fax: 09 56 04 71 61 pharmacieprincipaledukb@gmail.com N° Finess 942017557	2/4/22	2690 € PHARMACIE JOL Agnès REP 172 avenue Pierre B 92240-MALAK Tél. 01
	4/4/22	105,00 € (58,9) 75


[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

	<p>H</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Albert A. HAGÈGE

Médecin des Hôpitaux
Professeur des Universités
PhD, FESC, FACC
CARDIOLOGUE

Chef du Département de Cardiologie

Hôpital Européen Georges Pompidou

20 rue Leblanc
75908 PARIS CEDEX 15

N° RPPS



10000450790

Tél. : 01 56 09 37 13 ; Fax : 01 56 09 26 64

E-mail : albert.hagege@aphp.fr

Professeur Albert HAGÈGE
Chef du Département de Cardiologie
Hôpital Européen Georges Pompidou
20 rue Leblanc - 75908 PARIS cedex 15
Tél. : 01 56 09 37 13 Fax : 01 56 09 26 64
Finess 75000347

7 BRATHIN BENNIS

le 25/3/2022

REC / HONORAIRES

Congrès Cardiologie

et des cardiologie

Payé 2 300 euros

9A10099769001

N° AM



751544297





PC 03400930000915
SN 130850472699
EXP 04-2023
Lot M001042



Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas

FRANCE

MSD France
10-12 Cours Michelet
92800 Puteaux
Information médicale : 01 80 46 40 40

Médicament autorisé n° 34009 300 009 1 5



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**JANUMET® + GROSSESSE
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique**



Janumet® 50 mg/1000 mg

comprimés pelliculés

sitagliptine/chlorhydrate de metformine

EU/1/08/455/021


Cardensiel® 7,5 mg

comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol

Voie orale



30 comprimés 

MERCK

PC: 03400935312938

SN:

EXP

Lot

78773912820

08/2025

6013NB



Cardensiel® 7,5 mg

comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol

Voie orale



30 comprimés 

MERCK

PC: 03400935312938

SN:

EXP

Lot

78773912820

08/2025

6013NB



INexium®
ésoméprazole

20 mg

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



CONSIGNE POUR VOTRE TRI LOCAL
> WWW.CONSIGNESDETRI.FR



INexium®
ésoméprazole

20 mg



MÉDICAMENTS
NON UTILISÉS



À RAPPORTER
EN PHARMACIE

**PENSEZ
AU TRI !**

ETUI
CARTON
VIDE
PLAQUETTE
METAL
VIDE



À RECYCLER

CONSIGNE POUR REMPLIR LA BOÎTE
> WWW.CONSIGNEDETRI.FR



Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES





LOT EM5923

EXP 12, 2023

CIP 03400934744198



**KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.



LOT EM5923

EXP 12, 2023

CIP 03400934744198



**KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.



LOT EM5923

EXP 12, 2023

CIP 03400934744198



**KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.



LOT EM5923

EXP 12, 2023

CIP 03400934744198



**KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.



LOT EM5923

EXP 12, 2023

CIP 03400934744198



**KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

Imovane® 7,5 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

La durée de prescription de ce médicament ne peut dépasser 4 semaines.



NIVEAU 3

**Attention, danger :
ne pas conduire**

Pour la reprise de la conduite,
demandez l'avis d'un médecin



MÉDICAMENTS
NON UTILISÉS



À RAPPORTER
EN PHARMACIE

**PENSEZ
AU TRI !**

plaquette
plastique
vide



à jeter

étui
carton
vide



à recycler



**IMOVANE® + GROSSESSE
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf
en l'absence d'alternative thérapeutique.**

CIP

03400934748561

SN

106K38DH2309AG

Lot

1RT1C

EXP

09/2008

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETR.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Imovane® 7,5 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

La durée de prescription de ce médicament ne peut dépasser 4 semaines.



NIVEAU 3

**Attention, danger :
ne pas conduire**

Pour la reprise de la conduite,
demandez l'avis d'un médecin



MÉDICAMENTS
NON UTILISÉS



À RAPPORTER
EN PHARMACIE

**PENSEZ
AU TRI !**

plaquette
plastique
vide



à jeter

étui
carton
vide



à recycler



**IMOVANE® + GROSSESSE
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf
en l'absence d'alternative thérapeutique.**

CIP

03400934748561

SN

106K38DH2309AG

Lot

1RT1C

EXP

09/2008

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETR.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Imovane® 7,5 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

La durée de prescription de ce médicament ne peut dépasser 4 semaines.



NIVEAU 3

**Attention, danger :
ne pas conduire**

Pour la reprise de la conduite,
demandez l'avis d'un médecin



MÉDICAMENTS
NON UTILISÉS



À RAPPORTER
EN PHARMACIE

**PENSEZ
AU TRI !**

plaquette
plastique
vide



à jeter

étui
carton
vide



à recycler



**IMOVANE® + GROSSESSE
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf
en l'absence d'alternative thérapeutique.**

CIP

03400934748561

SN

106K38DH2309AG

Lot

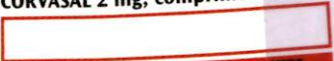
1RT1C

EXP

09/2008

CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETR.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

CORVASAL 2 mg, comprimé sécable



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

PC

03400932411061

SN

1407324NAM4E7P

Lot.

1R1VN

Exp.

07/2024



000 req.0 FRACTION No.220011255

04/04/2022, ord. 04/04/2022,

BENNIS BRAHIM

Total: /5,89EUR

5x2,81EUR / 34009 34/4419 8 KARDEGIC /5MG PDK SACH 30

1x6,37EUR / 34009 3241106 1 CURVAPHIL 2MG CPM B190 (560669)

1x4,60EUR (Partie NR de la ligne supérieure)

4x5,15EUR / 34009 3531293 8 CARDENSIEL /,5MG CPM B130 (560664)

4x0,89EUR (Partie NR de la ligne supérieure)

2x3,10EUR 2 34009 34/4856 1 IMUVINE /,5MG CPM B114 (560662)

2x6,05EUR / 34009 3533343 2 INEXIUM 20MG CPM B128 (560670)

2x1,22EUR (Partie NR de la ligne supérieure)

1x0,31EUR *Honoraire de dispensation complexe

1x0,31EUR *Honoraire de dispensation remboursables

1x1,58EUR *Honoraire de dispensation lié à l'âge

1x3,57EUR *Honoraire de dispensation spécifiques

PHARMACIE JULIUS CURIE

TEL : 01 46 56 90 28

32201/44/ UP : 4



N° 11389*05

joindre la prescription
sauf si renouvellement.feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

2 2 0 0 1 1 2 5 9
date J J M M A A A A
0 4 0 4 2 0 2 2

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom de **PENNIS BRAHIM** et s'il y a lieu)

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A
1 9 0 4 1 9 4 0

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom de **PENNIS BRAHIM** et s'il y a lieu)

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ADRESSE de L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR 92240 MALAKOFF IDENTIFICATION de la STRUCTURE

REPELIN-BUYCK AGNES

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE JOLIOT CURIE

172, avenue Pierre Brossolette

92240 MALAKOFF

TEL : 01 46 56 90 28

N° ident 922017447

DP : 4 04/04/2022 14:31

dispositif de coordination

de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

HOP G P GEORGES POMPIDOU

raison sociale

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

HOP GEORGES POMPIDOU

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS 75 0 8 0 3 4 4 1

date de la prescription médicale

J J M M A A A A
0 4 0 4 2 0 2 2

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cocher une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1

(cf. la notice au verso : § précédé de "a")
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

CIP/NOM	NumOrd	Acte/Qte/Prix	Taux	Remise	Montant
3400934744198 KARDEGIC 75MG		PH7 5x1,79	0%		8,95
HONORAIRE DE DISPENSATION		HD7 5x1,02	0%		5,10
3400932411061 CORVASAL 2MG	560669	PH7 1x5,35	0%		5,35
(Compl. de la ligne supérieure		NR 1x4,60			4,60
HONORAIRE DE DISPENSATION		HD7 1x1,02	0%		1,02
3400935312938 CARDENSIEL 7,	560664	PH7 4x4,13	0%		16,52
(Compl. de la ligne supérieure		NR 4x0,89			3,56
HONORAIRE DE DISPENSATION		HD7 4x1,02	0%		4,08
3400934748561 IMOVANE 7,5MG	560662	PH2 2x2,08	0%		4,16
HONORAIRE DE DISPENSATION		HD2 2x1,02	0%		2,04
3400935533432 INEXIUM 20MG	560670	PH7 2x5,03	0%		10,06
(Compl. de la ligne supérieure		NR 2x1,22			2,44
HONORAIRE DE DISPENSATION		HD7 2x1,02	0%		2,04

REPORT

PAIEMENT 69,92

PHARMACIEN
MONTANT TOTAL
D° Agnès REPELIN

172 avenue Pierre Brossolette

92240 MALAKOFF

Tél. 01 46 56 90 28

Fax 01 46 56 12 2

N° Finess 92 2 0 0 0 0 0 0

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom** et le **prénom** de l'**assuré(e) auquel (à laquelle)** vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en cas de changement intervenant dans votre situation, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

- * Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

Résultats mesures:

QRS : ms
 QT/QTcB : / ms
 PQ : ms
 P : ms
 RR/PP : / ms
 P/QRS/T : / / degrés

Interprétation:

0156093713

Dr BERNARD BOLLIER

le 21/3/2021

Professeur Albert HAC
 Chef du Département de Cardiologie
 Hôpital Européen Georges Pompidou
 20 rue Leblanc - 75906 PARIS cedex 12
 Tél : 01 56 09 36 83 - Fax : 01 56 09 36 84
 E-mail : a.hac@hopital-europeen.com

rapport non confirmé

