

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie
M22- 054796

MS 158989

Matricule : <u>MS</u>	Société : <u>Royal Air Maroc</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>HAMAYED ELMILI Rafik</u>		
Date de naissance : <u>21/08/39</u>		
Adresse : <u>11 Rue de la Des Baltique - Ain Diab - Casablanca</u>		
Tél. : <u>0645315315</u>	Total des frais engagés : <u>164,77 Euros</u>	

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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 21/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : Hamayed Elmili

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 054796

Plaçez ce volet, découpez le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : MS
Nom de l'adhérent(e) : HAMAYED Rafik
Total des frais engagés : 164,77 Euros
Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Océane pour 6 mois Medic Golandet + ..	10/02/2023	164,77 Euros

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

aesch

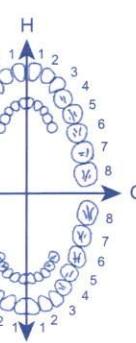
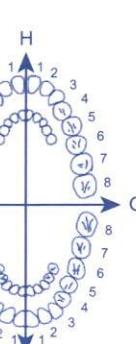
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	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

joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

193086

Art. 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

date J J M M 10022023

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

HAMAYED RAFIK

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

0 7 0 8 1 9 3 9 1

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 d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

75011 PARIS

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

MME SEBBAG ALLOUCHE .

10000033752

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE
97 AVE LEDRU ROLLIN
75011 PARIS
752013227
RENOUVELLEMENT N° 1dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom HOP GEORGES POMPIDOU .

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

750803447

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

27012023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)**SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP	numéro	ou	date						
PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES									
Prest. CIP/Ref. LPP(Ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libellé	No btes Mod. utili.	Indic. presc Subst.	Date début loc	Date fin loc
PHN 3400937221139		2	63,90	127,80	COOLMETEC 20MG/12,5MG				
PH7 3400930013984		2	4,43	8,86	RESITUNE 75mg Cpr gast				
HG7		2	2,76	5,52	Honor. dispens. HG7				
PH7 3400935297129		1	11,49	14,17	CARDENSIEL 2,5MG CPR P				
HG7		1	2,76	2,76	Honor. dispens. HG7				
HDR		1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR				
HDA		1	1,58	1,58	Honor. dispens. HDA				
HDE		1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE				

imprimer les codes à barres
coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations**dans l'ordre de la prescription****PAIEMENT 1 6 4 , 7 7****MONTANT TOTAL
en euros**

164,77

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 fournisseur

MME SEBBAG ALLOUCHE .

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de penalties financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et 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.

UCANSS - PARAGON CC - 20AC27 - 01/2022 - 20180588 - FSPHF 10-2014 S3115h

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

SOINS DÉPARTEMENTAUX

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)** :

T P R E S O U R C E S

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.

PHARMACIE SEBBAG ALLOUCHE Fact. Num. : 192676
97 AVE LEDRU ROLLIN Date Fact. : 03/02/2023
75011 PARIS Date Ord. : 03/02/2023
752013227 Medecin: MEJEAN Arnaud
Tel : 0147002420 Code Op: 3
INSEE: Malade:HAMYED RAFIK
75011 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	CARDENSIEL 2 50M	3400935297068	5,02	4,13	1,02	0
	G BTE 30CPRES	Dus: 1	Ordo: 240938			
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					
1	Honor. dispens.		1,58	-		0
	HDA					
1	Honor. dispens.		3,57	-		0
	HDE					

MONTANT TOTAL : 11,70 **MONTANT AMD :** 0,00
MONTANT AMC : 0,00 **MONTANT ASSURE :** 11,70

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.

INSEE :
TELE : 0147002420
752013227
75011 PARIS
97 AVE LEDRU ROLLIN
PHARMACIE SEBBAG ALLOU

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

Page 1 / 2

FACTURE

N°2026/193086

Du 10/02/2023

Date de l'échéance 11/02/2023

HAMAYED RAFIK
 84 rue de charonne
 75011 PARIS

Prescripteur : HOP GEORGES POMPIDOU .

N° AM : 750803447

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 : 241411						
RESITUNE 75mg Cpr gast FI/90 3400930013984	PH7	0	2	4,339	2,10%	8,68
Honor. dispens. HG7	HG7	0	2	2,703	2,10%	5,41
CARDENSIEL 2,5MG CPR PES PLQ/90 3400935297129	PH7	0	1	13,879	2,10%	13,88
N° Ordonnancier : 241412						
Honor. dispens. HG7	HG7	0	1	2,703	2,10%	2,70
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	0	1	1,550	2,10%	1,55
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
36,21	2,1% (4)	0,76	36,97
116,18	10% (10)	11,62	127,80
Total HT		Total TVA	Total TTC
152,39		12,38	164,77

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	164,77

Mode(s) de règlement
Espèces 164,77
Reste dû 0,00

Montants exprimés en Euros

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 10: taux 10.0

(NF525) 103//1/FACTURATION/FACTURE/QQQI/N/IhOI/N/IERI/2.20.1.1.R8-70/0/B525/0370-1/138991

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

Page 2 / 2

FACTURE

N°2026/193086

Du 10/02/2023

Date de l'échéance 11/02/2023

HAMAYED RAFIK
84 rue de charonne
75011 PARIS

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 4: taux 2.1 - code 10: taux 10.0

(NF525) 103//FACTURATION/FACTURE/QQQI/N/hOI/N/IERI/2.20.1.1.R8-70/0/B525/0370-1/138991

PC:
SN:
EXP:
Lot:

03400935297129

23473271538
04/2025
601J5C



Cardensiel® 2,5 mg

comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol

voie orale

Il n'y a pas de prix
au boute.

90 (3 x 30) comprimés

MERCK

exp: 05/2024
Lot N°: 6K3517

CIP 3400930013984



RESITUNE® Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants
EN FLACON



COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :
Acide acétylsalicylique.....75 mg
Pour un comprimé gastro-résistant.

LISTE DES EXCIPIENTS : Excipient à effet notoire : Sodium (essentiellement sans sodium).

Voir la notice pour plus d'information.

Les comprimés doivent être avalés entiers.
Ne pas les écraser, ni les casser, ni les mâcher.
Lire la notice avant utilisation.

RESITUNE® Acide acétylsalicylique

75 mg

RESITUNE® Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants

Titulaire : PFIZER HOLDING FRANCE
Exploitant : PFIZER
23-25, AVENUE DU DOCTEUR LANDELONGUE
75014 PARIS

Médicament autorisé N° : 3400930013984
Médicament non soumis à prescription médicale.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver le flacon soigneusement fermé, à l'abri de l'humidité.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

RESITUNE® Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants
VOIE ORALE UNIQUEMENT

RESITUNE + GROSSESSE
=
INTERDIT

**Ne pas utiliser chez la
femme enceinte**

RESITUNE® Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants



Prendre comprimé(s) /jour
Matin Midi Soir
AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.



90 comprimés gastro-résistants

ABAB
2206898

exp: 05/2024
Lot N°: 6K3517

CIP 3400930013984



RESITUNE® Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants
EN FLACON



COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :
Acide acétylsalicylique.....75 mg
Pour un comprimé gastro-résistant.

LISTE DES EXCIPIENTS : Excipient à effet notoire : Sodium (essentiellement sans sodium).

Voir la notice pour plus d'information.

Les comprimés doivent être avalés entiers.
Ne pas les écraser, ni les casser, ni les mâcher.
Lire la notice avant utilisation.

RESITUNE® Acide acétylsalicylique

75 mg

RESITUNE® Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants

Titulaire : PFIZER HOLDING FRANCE
Exploitant : PFIZER
23-25, AVENUE DU DOCTEUR LANDELONGUE
75014 PARIS

Médicament autorisé N° : 3400930013984
Médicament non soumis à prescription médicale.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver le flacon soigneusement fermé, à l'abri de l'humidité.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

RESITUNE® Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants
VOIE ORALE UNIQUEMENT

RESITUNE + GROSSESSE
=
INTERDIT

**Ne pas utiliser chez la
femme enceinte**

RESITUNE® Acide acétylsalicylique

75 mg

90 comprimés gastro-résistants



Prendre comprimé(s) /jour
Matin Midi Soir
AVALER AVEC 1/2 VERRE D'EAU.



90 comprimés gastro-résistants



2206898

Titulaire d'AMM / Exploitant :
DAIICHI SANKYO FRANCE S.A.S.
1, rue Eugène et Armand Peugeot
92500 Rueil-Malmaison - FRANCE

Fabricant :
DAIICHI SANKYO EUROPE GmbH
Luitpoldstrasse 1
85276 Pfaffenhofen - ALLEMAGNE



Ne pas utiliser chez la femme enceinte
ou qui envisage une grossesse

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS
Liste I - Uniquement sur ordonnance



Médicamenteusement autorisé n° 3400937221139



PC : 03400937221139
SN : 000000346308193
Lot : 334949
EXP : 04 2025

Composition :
Olmésartan médoxomil 20 mg
Hydrochlorthiazide 12,5 mg
Excipients.....q.s.p. un comprimé pelliculé

Excipient à effet notable : Lactose monohydraté
Voir la notice pour plus d'informations.

Lire la notice avant utilisation.
Pas de précautions particulières de conservation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.



90 comprimés pelliculés
Voie orale

Daiichi-Sankyo

Titulaire d'AMM / Exploitant :
DAIICHI SANKYO FRANCE S.A.S.
1, rue Eugène et Armand Peugeot
92500 Rueil-Malmaison - FRANCE

Fabricant :
DAIICHI SANKYO EUROPE GmbH
Luitpoldstrasse 1
85276 Pfaffenhofen - ALLEMAGNE



Ne pas utiliser chez la femme enceinte
ou qui envisage une grossesse

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS
Liste I - Uniquement sur ordonnance



Médicamenteusement autorisé n° 3400937221139



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

Composition :
Olmésoartan médoxomil 20 mg
Hydrochlorothiazide 12,5 mg
Excipients.....q.s.p. un comprimé pelliculé

Excipient à effet notable : Lactose monohydraté
Voir la notice pour plus d'informations.

Lire la notice avant utilisation.
Pas de précautions particulières de conservation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.



90 comprimés pelliculés
Voie orale

Daiichi-Sankyo