

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-466330

W-17246

**Maladie**  **Dentaire**  **Optique**  **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4126

Société : ROYAL AIR MAROC

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom :

BENNANI MOHAMED

Date de naissance :

30-11-52

Adresse :

13 NOU VILLA YAHIA

ROUTE TADDEUR 20100 CASA

Tél. : 0661153631

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR NIKOU  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
9, BD. RAHAL EL MESKINI- CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 08 74

20 JAN.

Date de consultation :

21 NOV. 2019

Nom et prénom du malade :

Dr BENNANI MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Débat - kota

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 : 02/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

BENNANI

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
21 NOV. 2019	CS		250	INP : 031113026 Dr MIKOU A. ENDOCRINOLOGIE DIABETE 19, BD. RAYAL ET ESKINI - CASA TEL: 022 31 75 81 - FAX: 022 31 06 74

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/19	3640,40

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées  Nature des Soins  Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX																			
		MONTANTS DES SOINS																			
		DEBUT D'EXECUTION																			
		FIN D'EXECUTION																			
		<b>OD.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>																			
		<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																			
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">000000000 000000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D ————— G			000000000 000000000			B			35533411 11433553		
		H	25533412	21433552																	
		D ————— G																			
000000000 000000000																					
B																					
35533411 11433553																					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXECUTION																					

# Docteur MIKOU Abdelhaq

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة وأمراض الكوليسترونول

بالموعد

Obésité - Maigreux - Maladies du Cholestérol

- Goitre -

Sur Rendez-vous

Membre de :

- SFD Société Francophone du Diabète
- EASD Association Européenne pour l'Etude du Diabète
- MGSD Groupe Méditerranéen pour l'Etude du Diabète

Casablanca, le ..... 21 NOV. 2019

Mr Benhannafi Abha

43.70 x 3  
131.10

Treatment 311  
Pour 3 Mois

✓ Tamiflu 50/1000

744.00 Zanthee Karin Shishan  
17 x 26 150 Etat

36.00 x 3 108.00 Exforge 5/160 176

46.70 x 3 140.10 Corvasol 140

54.10 x 3 162.30 Can dostat 140

100.00 Ban Sefels 240

Dr. MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 05 22 31 16 30 - FAX: 05 22 31 06 74

39، شارع رحال المسكيني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة): 05 22 31 16 30 - هاتف وفاكس: 05 22 31 06 74

39, Bd Rahal El Meskini - 2<sup>eme</sup> étage - Casablanca - Tél.: 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74  
e-mail:famillemikou@gmail.com

3640.40

Respecter les doses prescrite

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
فقط بوصفة طبية – قائمة 1  
Liste 1 – Uniquement sur ordonnance

A standard one-dimensional barcode representing the product information for JANUMET 50/1000 mg.

7002723 SANOMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

6 118001 160485

6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 590MP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC

P.P.V. : 437,00 DH

Compounds of celluloses, chlorhydrate of metformine;

1000 / 50 ₪ ₪

**Janumet® 50 mg/1000 mg**

ASAL® 2 mg

Uniquement sur ordonnance – Lis  
فقط بورجواد و صفة طلبية – قلوبة  
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg. cp b 30  
P.P.V : 47,80 DH

6 118001 080335

## *molsidomine*

## Voie orale / Oral u

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg. cp b 30  
P.P.V: 46.70 PH

6 116001 080335

The logo for CORVASAL 2 mg. It features a stylized blue and green 'C' shape on the left, followed by the brand name 'CORVASAL' in a bold, blue, sans-serif font. A registered trademark symbol (®) is positioned to the right of 'CORVASAL'. To the right of the brand name is a large, orange '2' followed by 'mg' in a smaller, orange font.

Voie orale / Oral use

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
Corvasal 2 mg. cp b 30  
P.R.V. 46.70 DH

6 116001 080335

### 30 Comprimés sécables / Scored tablets

sanofi aventis

Corvasal®  
molosidomine

30 Comprimés sécables / Scored tablets

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.  
Conserver dans l'emballage original à température inférieure à 30 °C  
et à l'abri de l'humidité.

يحفظ بعيدا عن الأطفال  
يحفظ في حرارة لا تتعدي 30 درجة بعيدا عن الرطوبة  
يعطى هذا الدواء بناء على وصفة طبية



611800103056 9

**EXFORGE** ○  
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

1128346-A14-MA

08920

et à l'abri de l'humidité.

يحفظ بعيدا عن الأطفال  
يحفظ في حرارة لا تتعدي 30 درجة بعيدا عن الرطوبة  
يعطى هذا الدواء بناء على وصفة طبية



611800103056 9

**EXFORGE** ○  
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

1128346-A14-MA

00728

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.  
Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C)  
et à l'abri de l'humidité.  
Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)  
بعد عن الرطوبة  
الدواء

Comprimés pelliculés

Composition:  
1 comprimé pelliculé contient:  
Amlodipine 5 mg  
Valsartan 160 mg  
Excipients qsp un comprimé

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

Comprimés pelliculés

Composition:  
1 comprimé pelliculé contient:  
Amlodipine 5 mg  
Valsartan 160 mg  
Excipients qsp un comprimé

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés



611800103056 9

**EXFORGE** ○  
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**  
28 comprimés pelliculés

**DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance.

احترم المدورة

لائحة - بصرف



**Lantus® SoloS**

100 Unités/ml

solution injectable en stylo pré-

insuline glarginé

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus 100U/ml, inj b6 sty  
P.P.V : 744,00 DH



6 118001 081615

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
 Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب الالتزام بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



Ne pas utiliser chez:  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace;  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا ينصح في:  
- المراهقة أو المرأة في  
سن الإنجاب ودون وسائل  
منع الحمل فعالة  
- المرأة الحامل، إلا في حالة  
غير ملائكة



Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
 Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

Respecter les doses prescrites  
يجب الالتزام بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



Ne pas utiliser chez:  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace;  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا ينصح في:  
- المراهقة أو المرأة في  
سن الإنجاب ودون وسائل  
منع الحمل فعالة  
- المرأة الحامل، إلا في حالة  
غير ملائكة



Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
 Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

Respecter les doses prescrites  
يجب الالتزام بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



Ne pas utiliser chez:  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace;  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا ينصح في:  
- المراهقة أو المرأة في  
سن الإنجاب ودون وسائل  
منع الحمل فعالة  
- المرأة الحامل، إلا في حالة  
غير ملائكة



6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238

6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238

6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238

# Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرابط اختبار جلوكوز الدم

های تست قند خون

**25**

Test Strips

Bandelettes  
réactives

شرابط اختبار

نوار تست

**N  
CO  
SANS**

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرابط اختبار جلوكوز الدم

های تست قند خون



# Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرابط اختبار جلوكوز الدم

بوارهای تست قند خون

**25**

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شرابط اختبار  
نوار تست

**NO  
CODING**  
SANS CODAGE

100.00

CONTROL N 109-141 mg/dl

CONTROL L 36-47 mg/dl

CONTROL H 325-422 mg/dl

LOT DP7LQHC31I

2019-11

CONTROL N 109-142 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 326-423 mg/dL

LOT DP7JQHC31E

2019-09