

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : M745

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

1499,20

Nom & Prénom :

TOUDAT Mustapha

Date de naissance :

26/09/1951

Adresse : 38 Rue 90 Hay My Abdellah Casablanca

Tél. : 06 62 87 37 11

Total des frais engagés : 57,21 EURO DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABETE
39 BD. RAHAL EL MESKINI - CASA
TÉL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

Date de consultation : 24/01/2023

Nom et prénom du malade : TOUDAT Kharbiche Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Diabet + Hypertension

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 : Casa

Le : 24/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
DES MIKOU ACTES ENDOCRINOLOGIE DIABETE 19/01/23 - 39, BL. KHAL EL MESKINI CASA TEL. 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74	DR MIKOU ACTES ENDOCRINOLOGIE DIABETE MESKINI - CASA 39, BL. KHAL EL MESKINI CASA TEL. 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74			DR MIKOU ACTES ENDOCRINOLOGIE DIABETE 39, BL. KHAL EL MESKINI CASA TEL. 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74
24/01/23	G	GRATUIT		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE TRANBLE 34 Mail Forum 20 73-81 Avenue Aristide Briand 94118 ARCUEIL CEDEX Tél. 01 45 46 04 50 DASS N° 942907618	Date 4/2/23	Montant de la Facture 57,21 € (EURO)
---	----------------	---

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

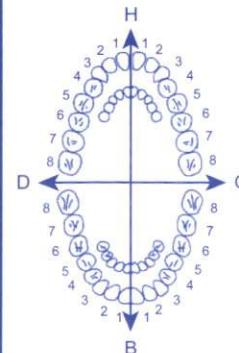
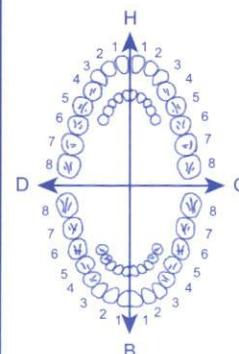
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	
D	00000000 00000000 35533411 11433553	B		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur MIKOU Abdelhaq

M22-0053202
M2-4745

الدكتور ميكو عبد الحق

Diplômé de la faculté de
Médecine de Toulouse

Spécialiste en
Endocrinologie - Diabète
Maladies de la nutrition

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

Obésité - Maigreux - Maladies du Cholestérol

- Goitre -

Sur Rendez-vous

السمنّة و أمراض الكوليسترول

بالموعد

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

24.01.2022

→)^{le} - Joudat Khalefia

Traitement
Pour 3 Mois

Levothyrox 100ug 1x heb

Levothyrox 50ug 1x heb

Levothyrox 25ug 1x heb

Billekka 20ug 1x heb

Ebastine 10mg 1x j

DR MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABÈTE
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

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

39, Bd Rahal El Meskini - 2^{ème} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74

E-mail:famillemikou@gmail.com - INPE:091113076

M22-0053240

Joséphine

Ma 4745



PHARMACIE TRAN
Mme TRAN B.L.
73/81 Avenue Aristide Briand
94118 ARCUEIL CEDEX
France

N°22-0053240
Joudat Khadija N° 4745

N° SIREN : 337883805
N° TVA intracommunautaire : 69337883805
Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 0145460450

JOUDAT Khadija

31 Av du Docteur Durand
94110 Arcueil
France

Caisse : 01 Opérateur n° 4 TV
Client : JOUDAT Khadija

Facture n° 503738 du 04/02/2023 - vente n° 123020400145 - FSE n° 762742

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3012142 9	LEVOTHYROX 100MCG CPR SECABLE 90	1	5,083	5,08	2,10	5,19
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	2,703	2,70	2,10	2,76
34009 3006568 6	LEVOTHYROX 50MCG CPR SECABLE 90	1	2,703	2,70	2,10	2,76
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	2,703	2,70	2,10	2,76
34009 3006557 0	LEVOTHYROX 25MCG CPR SECABLE 90	1	1,557	1,56	2,10	1,59
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	2,703	2,70	2,10	2,76
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57

Quantité Produit : 3
Banque: LCL
IBAN: FR74 3000 2005 9700 0000 5775 A93

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	21,45	0,45	21,90
Totaux	21,45	0,45	21,90

Part principale		Part assuré	21,90
Part complémentaire			

Net à payer	21,90
--------------------	--------------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en ESPECES, date d'échéance : 04/02/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.





PHARMACIE TRAN
Mme TRAN B.L.
73/81 Avenue Aristide Briand
94118 ARCUEIL CEDEX
France

N° SIREN : 337883805
N° TVA intracommunautaire : 69337883805
Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 0145460450

Caisse : 01 Opérateur n° 4 TV
Client : JOUDAT Khadija

M22 - 0053240
Joudat Khadija 7 = 4745

JOUDAT Khadija

31 Av du Docteur Durand
94110 Arcueil
France

Facture n° 503737 du 04/02/2023 - vente n° 123020400144 - FSE n° 762741

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 4991370 1	BILASKA 20MG CPR 30	3	5,328	15,98	2,10	16,32
	HONORAIRE DE DISPENSATION	3	0,999	3,00	2,10	3,06
34009 2781289 7	EBASTINE 10MG ZENTIVA CPR 30	3	4,035	12,11	2,10	12,36
	HONORAIRE DE DISPENSATION	3	0,999	3,00	2,10	3,06
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51

Quantité Produit : 6
Banque: LCL
IBAN: FR74 3000 2005 9700 0000 5775 A93

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	34,58	0,73	35,31
Totaux	34,58	0,73	35,31

Part principale		Part assuré	35,31
Part complémentaire			

Net à payer **35,31**

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Date d'échéance : 04/02/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.





Titulaire de l'AMM :
Merck Santé s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08

PC: 0340930065686
68339902128
04 / 2025
601HCL

Exploitant :
Merck Serono s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08



Séparez les éléments
avant de trier

Respecter les doses prescrites

Liste II – Uniquement sur ordonnance

MERCK

LEVOTHYROX® 50 µg
comprimé sécable

90 comprimés sécables

LEVOTHYROX® 50 µg

comprimé sécable

Lévothyroxine sodique

Voie orale



90 (3 x 30) comprimés sécables

MERCK

Composition :

Lévothyroxine sodique 50,00 µg
pour un comprimé sécable.

Médicament autorisé n° 3400930065686

*Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants.
A conserver à une température
ne dépassant pas 25°C, dans
l'emballage d'origine.*



PC 034225493270
04/2025
601HRT

Titulaire de l'AMM :
Merck Santé s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08

Exploitant :
Merck Serono s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08



BOÎTE
+ PLAQUETTES VIDÉES
+ NOTICE



Séparez les éléments
avant de trier



MERCK

LEVOHYROX® 25 µg
comprimé sécable
90 comprimés sécables

LEVOHYROX® 25 µg

comprimé sécable

Lévothyroxine sodique

Voie orale



90 (3 x 30) comprimés sécables

MERCK

Composition :

Lévothyroxine sodique..... 25,00 µg
pour un comprimé sécable.

Médicament autorisé n° 3400930065570

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants.
A conserver à une température
ne dépassant pas 25°C, dans
l'emballage d'origine.

EXP
Lot
PC:
SN:

02 / 2025
25530020
03400930121429
23584589949



Titulaire de l'AMM :
Merck Santé s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08

Exploitant :
Merck Serono s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08



Séparez les éléments
avant de trier

Respecter les doses prescrites

Liste II – Uniquement sur ordonnance

MERCK

LEVOTHYROX® 100 µg
comprimé sécable

90 (3 x 30) comprimés sécables



LEVOTHYROX® 100 µg

comprimé sécable

Lévothyroxine sodique

Voie orale



90 (3 x 30) comprimés sécables

MERCK

Composition :

Lévothyroxine sodique.....100,00 µg
pour un comprimé sécable.

Médicament autorisé n° 3400930121429

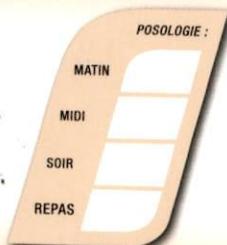
Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants.

A conserver à une température
ne dépassant pas 25°C, dans
l'emballage d'origine.

zentiva France
35, rue du Val de Marne
75013 Paris - France

Ébastine
Zentiva® **10 mg**
30 comprimés pelliculés
Voie orale

Code: GO/DRUGS/651



Ébastine Zentiva® 10 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :

Composition :
Ébastine 10,00 mg
pour un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notable : Lactose.
Voir la notice pour plus d'informations.

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

Médicament autorisé :
n° 34009 278 128 9 7

PC: 03400927812897
SN: 945PFEYIWOCHH7
Lot: BBAG141
EXP: 07/2025



Ébastine
Zentiva®

10 mg

Voie orale

Adulte/Enfant de plus de 12 ans

30 comprimés
pelliculés

ZENTIVA

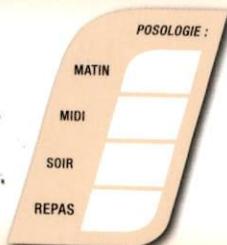
zentiva France
35, rue du Val de Marne
75013 Paris - France

Ébastine
Zentiva® **10 mg**

30 comprimés pelliculés

Voie orale

Code: GO/DRUGS/651



Ébastine Zentiva® 10 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :

Composition :
Ébastine 10,00 mg
pour un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notable : Lactose.
Voir la notice pour plus d'informations.

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

Médicament autorisé :
n° 34009 278 128 9 7

PC: 03400927812897
SN: 045PFEYIWOCHH7
Lot: BBAG141
EXP: 07/2025



Ébastine
Zentiva®

10 mg

Voie orale

Adulte/Enfant de plus de 12 ans

30 comprimés
pelliculés

ZENTIVA

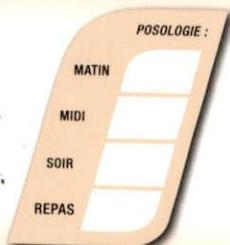
zentiva France
35, rue du Val de Marne
75013 Paris - France

Ébastine
Zentiva® **10 mg**

30 comprimés pelliculés

Voie orale

Code: GO/DRUGS/651



Ébastine Zentiva® 10 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :

Composition :
Ébastine 10,00 mg
pour un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notable : Lactose.
Voir la notice pour plus d'informations.

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

Médicament autorisé :
n° 34009 278 128 9 7

PC: 03400927812897
SN: 045PFEYIWOCHH7
Lot: BBAG141
EXP: 07/2025



Ébastine
Zentiva®

10 mg

Voie orale

Adulte/Enfant de plus de 12 ans

30 comprimés
pelliculés

ZENTIVA



NV9M4087VF
03400949913701
12/2026
2817A



3400949913701

Respecter les doses prescrites



BILASKA 20 MG
+ GROSSESSE
= DANGER

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

Liste II
Uniquement sur ordonnance
Médicament autorisé N° 3400949913701





NV9M4087VF
03400949913701
12/2026
2817A



3400949913701

Respecter les doses prescrites



BILASKA 20 MG
+ GROSSESSE
= DANGER

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

Liste II
Uniquement sur ordonnance
Médicament autorisé N° 3400949913701





NV9M4087VF
03400949913701
12/2026
2817A



3400949913701

Respecter les doses prescrites



BILASKA 20 MG
+ GROSSESSE
= DANGER

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

Liste II
Uniquement sur ordonnance
Médicament autorisé N° 3400949913701

