

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0053240

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14745 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JOUDAT Mustapha
 Date de naissance : 26/09/1951
 Adresse : 38 rue 90 Hay My Abdellah CAS
 Tél : 06 62 87 37 11 Total des frais engagés : 57,21 EURO Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24 / 01 / 2023
 Nom et prénom du malade : JOUDAT Khadija Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
24/11/23	DIABETE	6	GRATUIT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TRAN BL 34 Mail Forum 20 73-81 Avenue Aristide Briand 94118 ARCUEIL CEDEX Tél. 01 45 46 04 50 DASS N° 942007618	4/2/23	57,21 € (EUR)

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

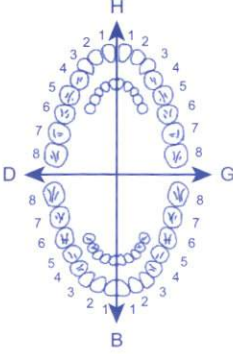
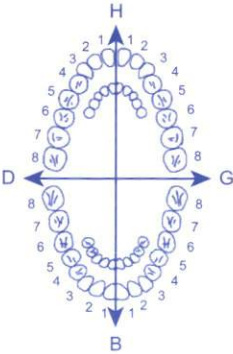
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		B																						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur MIKOU Abdelhaq

Diplômé de la faculté de
Médecine de Toulouse
Spécialiste en
Endocrinologie - Diabète
Maladies de la nutrition

Obésité - Maigreur - Maladies du Cholestérol
- Goitre -

Sur Rendez-vous

Membre de :

- SFD
- EASD
- MGSD

Société Francophone du Diabète
Association Européenne pour l'Etude du Diabète.
Groupe Méditerranéen pour l'Etude du Diabète

Casablanca, le

24.01.2022

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول

بالموعد

Dr. Joudat Khedifa

Traitement
Pour 3 Mois

Levotyrox 100r 17 h - 17

Levotyrox 50r 17 h - 17

Levotyrox 25r 17 h - 17

Billo ska 20mg 17h

Ebo stac 10mg 17h

Dr MIKOU A.

ENDOCRINOLOGIE DIABETE

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: familemikou2gmail.com - INPE: 091113076

M22-0053240

Jordan Vostephe.

M6 4745



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

122-0053240
 JOUDAT Khadija M^{me} 4745

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 B.L.
 34 Mail Forum 20
 73-81 Avenue Aristide Briand
 94118 ARCUEIL CEDEX
 Tél. 01 45 46 04 50
 DASS N° 942507618



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

M22 - 0053240
 JOUDAT Khadija N° 4745

JOUDAT Khadija

31 Av du Docteur Durand
 94110 Arcueil
 France

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

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.





PC: 03400930065686

68339902128

04/2025

601 HCL

SN:

EXP

Lot

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
+ PLAQUETTE VIDE
+ NOTICE



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.

34225495270
04/2025
601HRT

PC: 03400930065570
SN:
EXP
Lot

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



BOÎTE
+ PLAQUETTE VIDE
+ NOTICE



Séparez les éléments
avant de trier

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



Liste II – Uniquement sur ordonnance

MERCK

LEVOTHYROX® 25 µg
comprimé sécable
90 comprimés sécables

LEVOTHYROX® 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



BOÎTE
+ PLAQUETTE VIDE
+ NOTICE

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

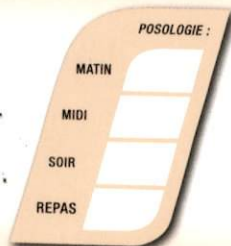
Composition :

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



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

zENTIVA

Ébastine
Zentiva®

10 mg

30 comprimés
pelliculés

Voie orale

Code: GO/DRUGS/651

Ébastine Zentiva® 10 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :

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

Ébastine
Zentiva®

10 mg

Voie orale

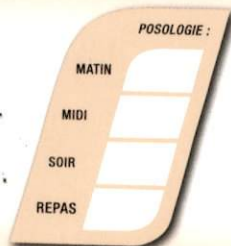
Adulte/Enfant de plus de 12 ans

30 comprimés
pelliculés



PC: 03400927812897
\$N: 9W5PFEY1W0CHH7
Lot: BBAG141
EXP: 07/2025

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



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

zENTIVA

Ébastine
Zentiva®

10 mg

30 comprimés
pelliculés

Voie orale

Code: GO/DRUGS/651

Ébastine Zentiva® 10 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :

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

Ébastine
Zentiva®

10 mg

Voie orale

Adulte/Enfant de plus de 12 ans

30 comprimés
pelliculés



PC: 03400927812897
\$N: 9W5PFEY1W0CHH7
Lot: BBAG141
EXP: 07/2025

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

Ébastine
Zentiva®

10 mg

30 comprimés
pelliculés

Voie orale

Code: GO/DRUGS/651

POSOLOGIE :

MATIN

MIDI

SOIR

REPAS

Ébastine Zentiva® 10 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

CE MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE SE SUBSTITUE À :

Composition :

Ébastine 10,00 mg
pour un comprimé pelliculé.

Excipient à effet notoire : 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
\$N: 9W5PFEY1W0CHH7
Lot: BBAG141
EXP: 07/2025

ZENTIVA

Ébastine
Zentiva®

10 mg

Voie orale

Adulte/Enfant de plus de 12 ans

30 comprimés
pelliculés



NV9M40B7VF
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





NV9M40B7VF
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





NV9M40B7VF
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



Voie orale

30

