

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

N° W21-784264

170286

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4126 Société : 2 AM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENNANI Mohamed

Date de naissance : 30-11-52

Adresse : AVOUGUE N°4 villa TASMINA

ORMA HARON CALIFORNIE

Tél. : 06 61 15 36 31 Total des frais engagés : 268,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D^r MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABETE
19, BD RAHAL EL MESKINI - CASA
Tél. 022 21 16 10 FAX 022 21 06 71

Date de consultation : 10/07/23

Nom et prénom du malade : BENNANI Mohamed Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

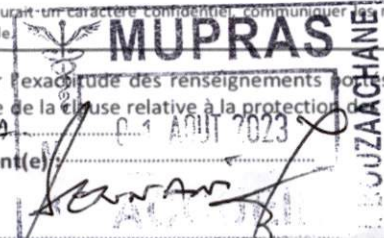
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 07/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
07/07/23	8		300,00	INP : 0911113028
				Dr MIKOU A. ENDOCRINOLOGIE DIABETE 39, BD RAHAL EL MESKINI - CASA TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 16 74

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TADART CAMSER Waba Tél: 022 28 21 87 80, Route Tadart Bachkou - Casa	07/07/23	468,90 dh

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

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

Obésité - Maitre - 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

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول
بالموعد

Casablanca, le

07/07/23

S.V

Dr. BENNANI Mohamed

79,70

- Axi 100

79,50

- In 1;

- EN Noue a

- LES x 3;

60,10

- EPY 100

21,50 x 2

- 1 up 1 g.

- 1 g 100 g.

- 1 g 100 g.

53,10 x 2

- Relaxol 100

- 1 g 100 g.

83,90

- Newflex gel

- 1 g 100 g.

30,90

- Paraspion

- 1 g 100 g.

T = 468,90

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 23E005
PER: 02/2026
6 118000 060833

PHARMACIE TADART
LAMSEFER Wataa
Tél: 05 22 28 21 67
3, Bd. Route Tadart Bachkou - Casa

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 23E002V
PER: 02/2026
6 118000 060833

Dr. MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABETE
39, Bd. RAHAL EL MESKINI - CASA
Tél: 05 22 31 16 30 - Fax: 05 22 31 06 74

05 22 31 06 74 : هاتف وفاكس - 05 22 31 16 30: (عيادة) - الهاتف - الدار البيضاء - (2) - شارع رحال المسكيني - الطابق (2) - 39, Bd Rahal El Meskini - 2^{me} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél/Fax : 05 22 31 06 74
e-mail: familemikou@gmail.com - INPE: 091113076

Parasphan®

20 comprimés effervescents

PPU 30DH90
EXP 06/2025
LOT 26060 9

ISOPHARM

NEWFLEX GEL
RAFFRAICHISSANT
83.90 DH

MFD 08/20

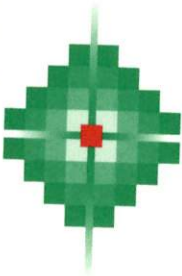
LOT 200830

07/24



New Care AG, CH-4452 Itingen
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 München / Germany

MIGRALGINE®

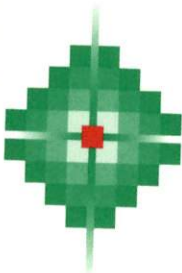


VOIE ORALE

18 GELULES

21,50
N° V 210450
PER 00/24
L'00 L'0546

MIGRALGINE®



VOIE ORALE

18 GELULES

21,50
N° V 210450
PER 20/24
L' 546

أنرويكس®

كلبتوس / بروبوليس

مشروب

LOT 099868/FC5
PER 11//2024
PPC 79,50

بدون سكر
بدون كحول

ENROUEX®

Composition

Glycérine 52,21%, Extrait liquide de Propolis 13%, Extrait liquide de coquelicot 10%, Eau purifiée 7,6%, Extrait liquide de Tilleul 6,25%, Extrait liquide d'Eucalyptus 5%, Extrait liquide de Radis noir 2,5%, Extrait liquide de Mauve 2,5%, Gomme xanthane 0,2%, Arôme orange 0,2%, Acide citrique 0,2%, Sorbate de potassium 0,1%, Benzoate de sodium 0,1%, Huile essentielle d'Eucalyptus 0,07%, Huile essentielle de Myrte 0,07%.



ENROUEX® 200 ml



6 111255 810659

N° DA20190802557DMP/20UCA/MAv5

Complément alimentaire n'est pas un médicament

Flacon 200 ml

 **AZIX[®]**

Azithromycine

500 mg

Voie orale

3 Comprimés
sécatibles



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seblia - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b