

# 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, extra~~ctions~~ multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que p~~our~~ 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0046621

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3476 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABDERRAZAK  
 Date de naissance : 25/09/53  
 Adresse : 3 Bd de la Corniche AIN DIAB CASABLANCA  
 Tél : 066138883 Total des frais engagés : 850 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. ACHOUR Abd**  
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
176, Rue Boukraa - Casablanca  
Tél : 0522 26 53 42 - Tél/Fax : 0522 26 53 41  
INP : 091002329

Date de consultation : 26 JAN. 2023

Nom et prénom du malade : ABDERRAZAK SONAD Age : 69

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

Nature de la maladie : aff. Urmid - r. r. r. r.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : diabète

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 : CASAB Le : 26 JAN. 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
26 JAN 2023	ce		300 DH	Dr. ACHOUR Abd Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie 176, Rue Boukras - Casablanca Tél. : 0522 26 53 42 - Fax : 0522 26 53 41 INP : 091002329

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lahjajma ZEMMA MA Nadia Avenue du Phare - Résidence Faghazou - Casablanca Tél : 0522 29 35 64	26.01.2023	831,20

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

on des dents	Montant des Honoraires

# CAUX

Nombre			Montant détaillé des Honoraires
C	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée

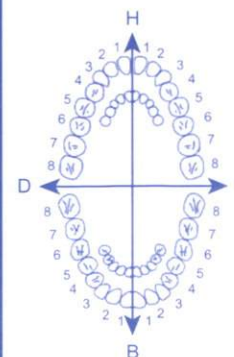
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de

# SOINS DENTAIRES

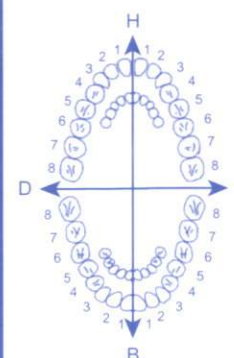
Dents  
Traitées

Nature des Soins



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION MASTOÏDITE



(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

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Docteur ACHOUR Ahd**  
**Spécialiste en**  
**ENDOCRINOLOGIE - DIABETOLOGIE**  
Obésité - Goitre - Hormones  
Ménopause - Cholestérol

**الدكتورة عائشور عهد**  
إختصاصية في أمراض الغدد و السكري  
السمنة - الهرمونات - الغدة الدرقية  
سن اليأس

Casablanca, le 26 JAN. 2023 في الدار البيضاء،

M<sup>re</sup> Anderroghes Souad

24,20  
7,20

1) Levothyrox 100

(n°15)

8x1/2 mg

6 mg

2) Vibra 200

89,50

AP

3) lebr 200

21,44

8x200 6 mg

4) Ofisen 200

170,00

8x200

831,00

**ACHOUR Ahd**  
Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie  
175, Rue Boukaâ - Casablanca  
Tél: 05 22 26 53 41 / 42



**Librax®**

Pour le traitement  
tension psychique

**Composition :**  
5 mg de chlorthalidone  
oxyde et 2,5 mg  
par dragée.  
1 dragée contie

**Propriétés :**  
Le chlórdiazép  
troubles foncti  
Le chlórdiazép  
et myorelaxant  
nière cau  
nure de  
culature  
une act  
troubles  
s. Dans  
ves.

icociné  
rise ora  
ure part  
ale est  
d'équili  
orporel.  
ée ainsi  
versent

**COMPOSITION :**

Clidinium bromure (DCI) .....  
Chlordiazépoxide .....  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipients à effet notoire :  
Lactose et saccharose.  
Avant toute utilisation, lire attentivement  
la notice intérieure.

**Librax® 5 / 2,5 mg**

**30 comprimés dragéifiés**

T:22174 PER:12/2025  
PPV:21,00 DH

Fabriqué sous licence maternel

La demi-vie plasmatique du chlordiázépoxide est de 15 m de distribution et de dix heures environ pendant la n plasmatique totale est de l'ordre de 0,3-0,5 ml/min/kg. On trouve dans l'urine sous forme de chlordiázépoxide l'hydroxylation hépatique du chlordiázépoxide donnent des pharmacologiquement actifs : desméthylchlordiázépoxide, de Le desmoxépam et le desméthylchlazépam sont éliminés so de l'acide glucuronique. Lors d'administration répétée, l'état inchangé s'installe en l'espace de trois jours, tandis qu beaucoup plus lentement.

Le bromure de clidinium est absorbé en majeure partie grêle, puis rapidement hydrolysé dans le foie en dér quaternaire. Ce dérivé est éliminé dans l'urine et est égal au côté du bromure de clidinium inchangé. Une faible part sous forme inchangée à une circulation entero-hépat en deux phases, avec des demi-vies de respect

**Indications :**

Manifestations de l'anxiété s'accompagnant de troubles spasmodiques.

**Posologie habituelle :**

3-4 dragées par jour. Prendre le médicament 15 minutes avant le repas avec du liquide.

**Directives posologiques particulières :**

Patients âgés et faibles : commencer par 1-2 dragées par jour, puis augmenter peu à peu la posologie jusqu'à la dose optimale, efficace et tolérée.

Enfants : 1-2 dragées par jour, selon l'âge et l'affection  
avalées entières ou écrasées, avec du liquide.

احادی ہدایت دوحسی سبب

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24.40 DH

LOT 223308  
EXP 09 24  
PPV 170.00 DH

**OFIKEN®**  
Céfixime

lice avant de prendre ce médicament.  
ur votre traitement.  
ez un doute, demandez plus d'informatio  
t prescrit. Ne le donnez jamais à quelq  
ait lui être nocif.  
in de la tête, nausées, vomissements, diarr  
ans au

**OFIKEN® 200 mg**  
Céfixime  
Boîte de 18 comprimés

Remboursable AU



6 118000 022343

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24.40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
Déliv. 6.80 DH

118001102020  
Levothyrox® 100 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

025  
6 118001 10202  
Levothyrox® 100 µg  
Comprimés sécables B/3  
PPV: 24,40 L

6 118001 102  
Levothyrox® 100  
Comprimés sécables  
PPV: 24

6 118001  
**Levothyrox®**  
Comprimés séc

6 118  
Levot  
Compr

7862160335

les  
es  
que  
entent  
ue  
s.  
de  
ce  
nt  
ntst  
et  
s,  
n.  
fs

02160342

te

U

7062160342

110

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **Abderazak. Saoud**

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr AGHOUR Ahd** Spécialité : **endocrinologue**

N° ICE : **001920829000025** N° INPE : **091002329**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Abderazak Saoud**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**hypothyroïdie ancienne.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Levothyrox 100**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le / **26** / JAN. 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

**DR. AGHOUR Ahd**  
Spécialité en Endocrinologie - Diabétologie  
175, Rue Boukraa - Casablanca  
Tél : 022 26 53 41 / 42

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées