

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-431656

*Chef de Service*

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **2509**

Matricule : **2509** Société : **R.A.M.**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **CHADMI AFIFA**

Date de naissance : **07/01/57**

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : **066 109 56 13** Total des frais engagés : **184,60** Dhs

**MUPRAS**  
**09 MARS 2020**  
**ACCUEIL**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Médecin Colonel Youssef SEKKACH**  
**Professeur de l'Enseignement Supérieur**  
**Chef de Service de Médecine Interne - A**  
**HMIMV - Rabat - INPE : 101 190 635**

Date de consultation : **18/01/22**

Nom et prénom du malade : **CHADMI AFIFA** Age : \_\_\_\_\_

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

Nature de la maladie : **Myopathie**

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 : **Rabat** le **18/01/22**

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

Signature du Médecin : *[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-431656

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **2509**

Nom de l'adhérent(e) : **CHADMI**

Total des frais engagés : **184,60**

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

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
06/12/2013		9	60000	<p>Médecin Colonel Youssef SEKKAT</p> <p>Professeur de l'Enseignement Supérieur</p> <p>Chef de Service de Médecine Interne -</p> <p>HMIMV - Rabat - INPS. 101 100 630</p>

raires attestant le Paiement des Actes.

**Medecin Colonel Youssef SEKKACH**  
Professeur de l'Enseignement Supérieur  
Chef de Service de Médecine Interne A-  
HMIMV - Rabat - INPE . 101 100 635

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/01/2020	134,60 €

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
		A M	P C	I M	I V	

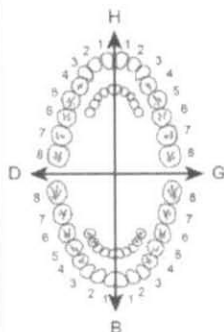
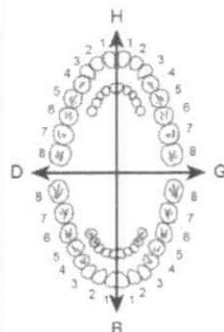
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

La 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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور يوسف سكاش  
أستاذ التعليم  
العالي بكلية الطب و الصيدلة  
اختصاصي في الأمراض الباطنية



Docteur Youssef SEKKACH  
Professeur de l'Enseignement  
Supérieur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie  
Spécialiste en Médecine Interne

Rabat le :

**Médecin Colonel Youssef SEKKACH**  
Professeur de l'Enseignement Supérieur  
Chef de Service de Médecine Interne - A -  
HMMV - Rabat - INPE : 101 190 635

$$\frac{48,000 \times 3}{144,000}$$

1 - Dexaméthasone 1mg. 1 p/jour

$$\frac{6,80 \times 4}{2720} = 13,40$$

Lévothyrox 25µg = 1 p/jour

184,60f de 8mg.

Pharmacie IZDIHAR  
Dr. Nizar EL HADDAD  
1454, Hay Al Izdihar Sidi Abed  
Harrhoura - Témara  
Tél : 05 37 62 67 39  
INPE : 102075892

**Médecin Colonel Youssef SEKKACH**  
Professeur de l'Enseignement Supérieur  
Chef de Service de Médecine Interne - A -  
HMMV - Rabat - INPE : 101 190 635



6 118001 102013

Distribué par: Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc  
Amina Dapoudi  
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants: Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250  
64293 DARMSTADT Allemagne  
et

Merck Santé  
Centre de production de Semoy  
45402 Semoy - France  
AMM MAROC N°:  
96/12 DMP/21/NCP

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance

MERCK



611 800110201 3

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160333

# Levothyrox<sup>®</sup> 25 µg

## comprimé sécable

Lévothyroxine sodique

Voie orale

**COOPER PHARMA**  
**PPV : 6,80 DH**

**30** comprimés sécables



**Merck Serono**

# Levothyrox<sup>®</sup> 25 µg

## comprimé sécable



Lévothyroxine sodique

Voie orale

**COOPER PHARMA**

**PPV : 6,80 DH**

**30** comprimés sécables

**Merck Serono**

Excipients : amidon, lactose.  
AMM Maroc N°: 95/12 DMP/21/NCP

M -  
dépassa

# Levothyrox<sup>®</sup> 25 µg comprimé sécable

Lévothyroxine sodique  
Voie orale

**COOPER PHARMA**  
**PPV : 6,80 DH**



**30** comprimés sécables

**MerckSerono**

# Levothyrox<sup>®</sup> 25 µg

## comprimé sécable



Lévothyroxine sodique

Vqie orale

**COOPER PHARMA**

**PPV : 6,80 DH**



**30** comprimés sécables

**Merck Serono**

**DIMAZOL<sup>®</sup> 10 mg**  
Carbimazole

**50 Comprimés**

Voie orale



48,00

**DIMAZOL<sup>®</sup> 10 mg**  
Carbimazole

**50 Comprimés**

Voie orale



48,00

**DIMAZOL<sup>®</sup> 10 mg**  
Carbimazole

**50 Comprimés**

Voie orale



48,00