

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-431656

Connex

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2509	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAADI AFIA			
Date de naissance : 07/01/57			
Adresse :			
Tél. : 066 109 56 13 Total des frais engagés : 786 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Médecin Colonel Youssef SEKKACH Professeur de l'Enseignement Supérieur Chef de Service de Médecine Interne - A. HMMV - Rabat - INPE : 101 190 635
Date de consultation :	18/01/20
Nom et prénom du malade :	CHAADI AFIA
Lien de parenté :	Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	dy. Nphy. zelli. CHAADI AFIA
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements nécessaires 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 : 12/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

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) :	CHAADI AFIA
Total des frais engagés :	184,60
Date de dépôt :	

### RELEVE 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
<i>12/12/2020</i>	<i>G</i>	<i>6</i>	<i>600,00 f</i>	<i>Médecin Colonel Youssef SEKRACH Professeur de l'Enseignement Supérieur Chef de Service de Médecine Interne A- HMMV - Rabat - INPS. 101 100 635</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Youssef Sekrach</i>	<i>13/12/2020</i>	<i>184,60 f</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### VOLET ADHERENT

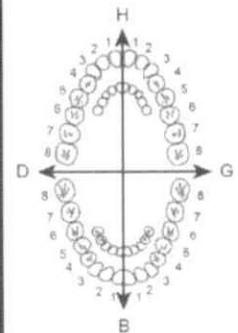
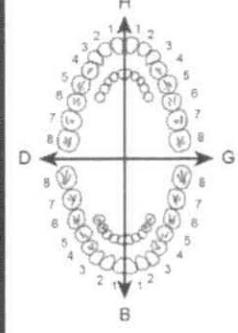
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>
				25533412 21433552 00060000 00000000 35533411 11433553
				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور يوسف سكافش  
أستاذ التعليم  
العالي بكلية الطب والصيدلة  
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 : 12/11/2020

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

$$\frac{48,00 \times 3}{144,00}$$

1 - Dinezol 10g = 1 p/2 g

$$\frac{6,80 \times 4}{27,20}$$

580,00 g = 25 g = 1 p/2 g

+ 184,60 f 1 p/2 g

Pharmacie IZDIHAR  
Dr. Nizar EL HADDAD  
1-154, Hay Al Izdihar Sidi Abed  
Harchoura - 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-  
HMIMV - Rabat - INPE : 101 190 635~~



6 118001 102013

Distribué par: Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc  
Amina Daoudi  
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

1/2 CP

MATIN  
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® 25 µg

## comprimé sécable



Lévothyroxine sodique

Voie orale

COOPER PHARMA  
PPV : 6,80 DH

30 comprimés sécables

Merck Serono

# Levothyrox® 25 µg comprimé sécable



Lévothyroxine sodique

Voie orale

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

30 comprimés sécables

Merck Serono

# Levothyrox® 25 µg comprimé sécable



Lévothyroxine sodique

Voie orale

COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

30 comprimés sécables

Merck Serono

# Levothyrox® 25 µg comprimé sécable



Lévothyroxine sodique

Vie orale

**COOPER PHARMA**

**PPV : 6,80 DH**

**30** comprimés sécables

**Merck Serono**

# DIMAZOL® 10 mg

Carbimazole

**50 Comprimés**

**Voie orale**

**48,00**

# DIMAZOL® 10 mg

Carbimazole

**50 Comprimés**

**Voie orale**

**48,00**

# DIMAZOL® 10 mg

Carbimazole

**50 Comprimés**

**Voie orale**

**48,00**