

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

Biologie 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° M21- 0006471

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1799

Société : 106658

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HASNAOUI Talke

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2019

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Thyroïdisme

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/01/22	350,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie d'Alger	21/01/22	80,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21		

AUXILIAIRES MEDICAUX

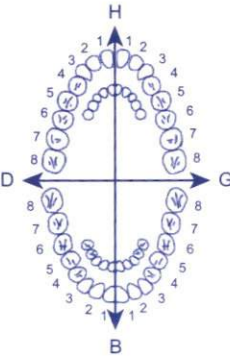
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 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



مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le

21/01/22

Re HASNAWI NAUVA

13.40 x 6

Le 03/01/22 50 µg



1 q'1/2 ln

80.40

X 6 mis.

Pharmacie Chaïk
Bis Ain Diab Rte D. 20 Août
Casablanca Tél: 05 22 33 04 80

مثل جميع الأدوية، يتسبب في آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع
تتم مرض قلبي (النوبة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات القلب)

لاعات فرط التدفق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة،
تفاجع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه
حالة، يجب استشارة طبيبك،

فد الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية
بيرة من الكالسيوم في البول)،

نود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و
لأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، إنتفاخ في
الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي.
وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في
هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد
على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

7862160336

5- ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس، قرص قابل للمضغ

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا يستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية
تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير XP.

من ذلك الشهر.

ظروف التخزين

يجب أن يتم تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتج
العلبة الأصلية، محمية من الضوء.

إذا لزم الأمر



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

مثل جميع الأدوية، يتسبب في آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع
تتم مرض قلبي (النوبة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات القلب)

لاعات فرط التدفق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة،
تفاجع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه
حالة، يجب استشارة طبيبك،

فد الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية
بيرة من الكالسيوم في البول)،

نود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و
لأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، إنتفاخ في
الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي.
وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في
هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد
على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

7862160336

5- ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس، قرص قابل للمضغ

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا يستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية
تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير XP.

من ذلك الشهر.

ظروف التخزين

يجب أن يتم تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتج
العلبة الأصلية، محمية من الضوء.

إذا لزم الأمر



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

مثل جميع الأدوية، يتسبب في آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع
تتم مرض قلبي (النوبة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات القلب)

المسامات فرط التدفق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة،
تفاجع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه
حالة، يجب استشارة طبيبك،

فند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية
كبيرة من الكالسيوم في البول)،

نود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و
لأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، إنتفاخ في
الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي.
وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في
هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد
على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

7862160336

5- ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس، قرص قابل للمضغ

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا يستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية
تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير XP.

من ذلك الشهر.

ظروف التخزين

يجب أن يتم تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتج
العلبة الأصلية، محمية من الضوء.

إذا لزم الأمر



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

مثل جميع الأدوية، يتسبب في آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع
تتم مرض قلبي (النوبة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات القلب)

المسامات فرط التدفق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة،
تفاجع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه
حالة، يجب استشارة طبيبك،

فند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية
كبيرة من الكالسيوم في البول)،

نود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و
لأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، إنتفاخ في
الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي.
وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في
هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد
على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

7862160336

5- ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس، قرص قابل للمضغ

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا يستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية
تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير XP.

من ذلك الشهر.

ظروف التخزين

يجب أن يتم تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتج
العلبة الأصلية، محمية من الضوء.

إذا لزم الأمر



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

مثل جميع الأدوية، يتسبب في آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع
تتم مرض قلبي (النوبة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات القلب)

المسامات فرط التدفق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة،
تفاجع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه
حالة، يجب استشارة طبيبك،

فد الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية
كبيرة من الكالسيوم في البول)،

نود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و
لأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، إنتفاخ في
الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي.
وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في
هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد
على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

7862160336

5- ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس، قرص قابل للمضغ

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا يستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية
تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير XP.

من ذلك الشهر.

ظروف التخزين

يجب أن يتم تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتج
العلبة الأصلية، محمية من الضوء.

إذا لزم الأمر



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

مثل جميع الأدوية، يتسبب في آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع
تتم مرض قلبي (النوبة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات القلب)

المسامات فرط التدفق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة،
تفاجع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه
حالة، يجب استشارة طبيبك،

فند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية
كبيرة من الكالسيوم في البول)،

نود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و
لأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، انتفاخ في
الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي.
وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في
هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد
على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

7862160336

5- ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس، قرص قابل للمضغ

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا يستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية
تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير XP.

من ذلك الشهر.

ظروف التخزين

يجب أن يتم تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتج
العلبة الأصلية، محمية من الضوء.

إذا لزم الأمر



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. EL AZIZE SIHAM

N° : 22012113302369301 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22A01101	EL HASNAOUI MALIKA	21/01/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		350,00
PAYANT	Total payé	350,00

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS