

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

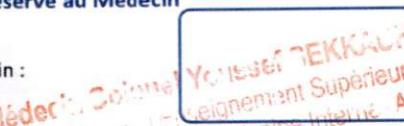
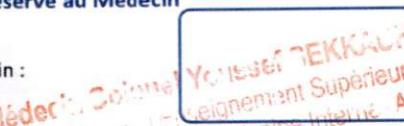
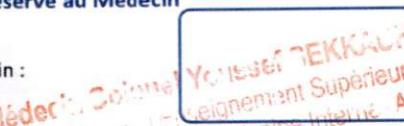
Adresses Mails utiles

- 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.

N° W21-781526

CR

<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 : Royal Air Maroc																		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	191007																
Nom & Prénom : CHAIMI AFIFA																			
Date de naissance : 07/01/57																			
Adresse : HABITATION																			
Tél. : 0661095613 Total des frais engagés :																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cadre réservé au Médecin</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cachet du médecin :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">  Médecin : CHAIMI AFIFA </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Date de consultation : 17 JAN. 2024</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom et prénom du malade : CHAIMI AFIFA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lien de parenté : Lui-même</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nature de la maladie : Hypertension artérielle</td> </tr> <tr> <td colspan="2">En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</td> </tr> </table>				Cadre réservé au Médecin		Cachet du médecin :		 Médecin : CHAIMI AFIFA		Date de consultation : 17 JAN. 2024		Nom et prénom du malade : CHAIMI AFIFA		Lien de parenté : Lui-même		Nature de la maladie : Hypertension artérielle		En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Cadre réservé au Médecin																			
Cachet du médecin :																			
 Médecin : CHAIMI AFIFA																			
Date de consultation : 17 JAN. 2024																			
Nom et prénom du malade : CHAIMI AFIFA																			
Lien de parenté : Lui-même																			
Nature de la maladie : Hypertension artérielle																			
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 17 Janvier 2024

Signature de l'adhérent(e) : Professeur de l'Ecole Supérieure de Médecine Internationale - H.M.I.M.V - Rabat

INPE N° 101190635

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-781526

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) : CHAIMI AFIFA
Total des frais engagés :
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
1/1/2023	1/1/2023	1/1/2023	1/1/2023	INP : 101190635 Professeur de l'Enseignement Supérieur Chef de Service de Médecine Interne A HMIMV - Rabat INPE N° 101190635

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date immobilière	Montant de la Facture
Pharmacie AL FATH D. FAKHEZ Nassim Res. Tassim 10ms Harnou Tel: 06 30 30 21 20	1/1/2023	101.700.00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
				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"/>												
				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"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hôpital Militaire
D'Instruction Mohammed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

Dr. YOUSSEF TEKKALI
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chef de Service de Médecine Interne A
HMIMV - Rabat
INPE N° 101190635



4 - EVOTHYME 25 mg : 10 fl -
€ 4,10
7 - ANAMETIC : 10 fl - 3 fl -
A dose 3 mg

Medecin Colonel YOUSSEF TEKKALI
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chef de Service de Médecine Interne A
HMIMV - Rabat
INPE N° 101190635

Dr. YOUSSEF TEKKALI

Pharmacie AL FATH
FAX: 05 30 36 21 20
M. Hassan Harhoura
Tal: 05 30 36 21 20

EXP:
Lot:
Fab:

10/2025
601QUR
11/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20,110
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



6 118001 102006

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

EXP:
Lot:
Fab:

10/2025
601QUR
11/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20,110
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



6 118001 102006

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

EXP:
Lot:
Fab:

10/2025
601QUR
11/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20,110
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



6 118001 102006

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

EXP:
Lot:
Fab:

10/2025
601QUR
11/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20,110
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



6 118001 102006

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

EXP:
Lot:
Fab:

10/2025
601QUR
11/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20,110
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



6 118001 102006

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

EXP:
Lot:
Fab:

10/2025
601QUR
11/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20,110
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



6 118001 102006

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

EXP:
Lot:
Fab:

10/2025
601QUR
11/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20,110
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



6 118001 102006

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335