

# 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.

**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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 728 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENDOURO RAJAA

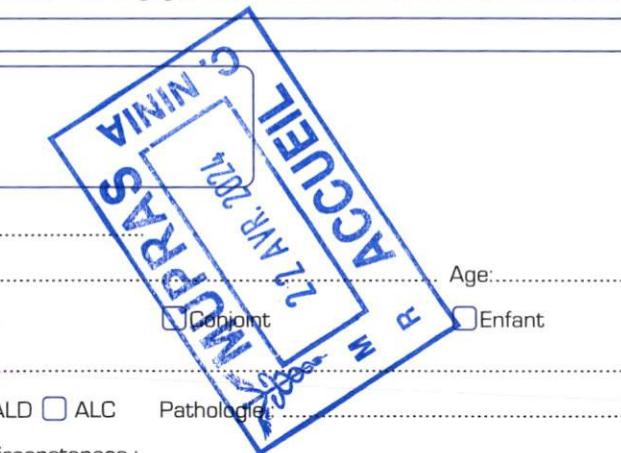
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M24- 013157

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

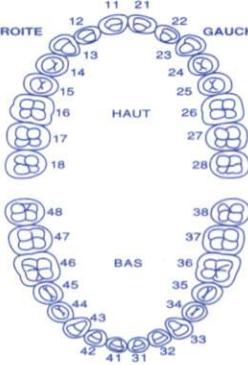
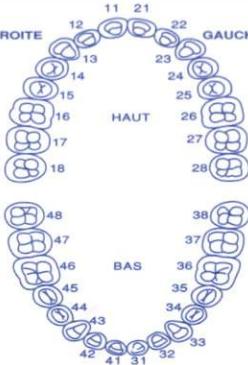
Date de dépôt :

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

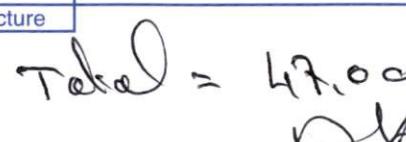
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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													
 <b>DROITE</b> 11 21 12 13 14 15 16 17 18  HAUT 22 23 24 25 26 27 28  BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33																	
					<b>Coefficient des travaux</b>												
					<b>Montant des soins</b>												
					<b>Début d'exécution</b>												
					<b>Fin d'exécution</b>												
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>												
 <b>DROITE</b> 11 21 12 13 14 15 16 17 18  HAUT 22 23 24 25 26 27 28  BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33		<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></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	<b>Montant des soins</b>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
					<b>Date du devis</b>												
					<b>Fin d'exécution</b>												
Visa et cachet du praticien attestant le devis																	
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° <b>P 14 /0019252</b>		
 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		<b>Mme 728</b>	
Nom & Prénom <b>BENDOURO RAJAA</b>		Fonction <b>Veuve</b>	
Phones .....		Mail .....	
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
<input type="checkbox"/> Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age .....
Date .....			
Nature de la maladie .....			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>PHARMACIE</b>	Date .....		
Montant de la facture	 <b>TOTAL = 47.00</b> <i>[Signature]</i>		
 <b>PHARMACIE L'ORCHIDEE</b> TEL: 0531141400 - 0531141401 - 0531141402 - 0531141403			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date .....	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

**CACHET**

**CACHET**

**PHARMACIE L'ORCHIDÉE**

ASWAK ASSALAM

Hay Riad - Rabat

Tél: 0537 71 63 81



**صيدلية أوركيدى**

أسواق السلام

حي الرياض الرياط

الهاتف: 0537 71 63 81

Facture N° 3424

Rabat, le 03/05/2024

Mme Bendjane Rajaa Doit

Ordonnance du Dr:	Du			
03 Levotriptan 5mg	13,40	40,80		
04 Levotriptan 25mg	6,80	6,80		

la présente facture est  
annulée à la somme de dr  
quarante sept dirhams

  
 تاریخ: ٢٠٢٤/٥/٣  
 رقم الفاتورة: ٣٤٢٤

Total = 43,00

NOTICE : IN



6 118001 102006

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

LEVO

ATEUR

MERCK

primé sécable

7862160335

Lévothyroxine sodique, Voie orale

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

#### Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que LEVOTHYROX, comprimé sécable et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LEVOTHYROX, comprimé sécable ?
3. Comment prendre LEVOTHYROX, comprimé sécable ?
4. Quels sont les effets indésirables ?

L'association de Lévothyrox à des antithyroïdiens dans le traitement de l'hyperthyroïdie n'est pas indiquée au cours de la grossesse. En effet, Lévothyrox passe très peu la barrière placentaire, alors que les antithyroïdiens passent facilement celle-ci. Il en résulterait un risque d'hypothyroïdie chez le fœtus.

L'allaitement est possible pendant la traite-

ment mais il doit

نشرة: معلومات الاستعمال

**ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع****ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم**

يجب قراءة هذه النشرة يكاملها بانتباها قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوى على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
  - إذا كانت لديك أستلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك
  - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
  - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

**فترة الحمل.**

الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية <sup>أ</sup> علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوتيروكس يتجاوز قليلاً جداً حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تتجاوزها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خلورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.

الرضاع الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج. قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف وينبغي تكيف علاج قصور الغدة الدرقية بما يتناسب مع احتياجات المرأة الوليدة.

**تحتوي هذه النشرة:**

- 1 - ما هو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟
  - 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
  - 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
  - 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبية المحتملة؟
  - 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- أ - أخرى

نشرة: معلومات الاستعمال

**ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع****ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم**

يجب قراءة هذه النشرة يكاملها بانتباها قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوى على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
  - إذا كانت لديك أستلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك
  - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
  - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

**فترة الحمل.**

الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوتيروكس يتجاوز قليلاً حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تتجاوزها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطرة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.

الرضاعية الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج. قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف وينبغي تكيف علاج قصور الغدة الدرقية بما يتناسب مع احتياجات المرأة الوليدة.

**تحتوي هذه النشرة:**

- 1 - ما هو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟
  - 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
  - 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
  - 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبية المحتملة؟
  - 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- 1 - أخرى

نشرة: معلومات الاستعمال

**ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع****ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم**

يجب قراءة هذه النشرة يكاملها بانتباها قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوى على معلومات هامة بالنسبة لك.

- ٠ احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
  - ٠ إذا كانت لديك أستلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك.
  - ٠ وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
  - ٠ إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة.
- انظر الفقرة 4

**فترة الحمل.**

الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوتيروكس يتجاوز قليلاً حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تتجاوزها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خلورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.

الرضاع الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج.  
قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعفه  
وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية  
أو اضطرابات المراقبة البدنية.

**تحتوي هذه النشرة:**

- ١ - ما هو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع و ما هي حالات استعماله؟
  - ٢ - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
  - ٣ - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
  - ٤ - ما هي التأثيرات غير المرغوبية المحتملة؟
  - ٥ - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- ٦ - أخرى