

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

202896

**Déclaration de Maladie**

**M24-0013157**

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 728

Société : pay

☐ **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 ADHERENT**

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 : .....

## 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



# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																										
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																									
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																									
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>																									
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																									
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552		00000000		00000000	00000000		00000000		00000000	00000000		00000000		35533411	11433553					<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H			G																									
	25533412	21433552		00000000																									
00000000	00000000		00000000																										
00000000	00000000		00000000																										
35533411	11433553																												
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																										
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																										
<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant le <u>devis</u>		<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant l' <u>exécution</u>																											

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 14 / 0019252</b>		<b>MUPRAS</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>Cachet MUPRAS</b>			



**P 14 / 19252**

**DATE DE DEPOT**  
 ..... / ..... / 201.....

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>728</b>	<b>Signature et cachet de l'adhérent</b> 
Nom & Prénom <b>BENDOURO RAJAA</b>			
Fonction <b>veuve</b>	Phones .....		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie			Date 1ère visite .....
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> 	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		<b>CACHET</b>
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b>			



PHARMACIE L'ORCHIDÉE

ASWAK ASSALAM

Hay Riad - Rabat

Tél: 0537 71 63 81



صيدلية أوركيدي

أسواق السلام

حي الرياض الرباط

الهاتف: 0537 71 63 81

Facture N° 2424

Rabat, le 03/01/2024

M. Benclano Raja

Doit

Ordonnance du Dr: ..... Du .....

03	Levotipax 50mg	13,40	40,20
01	Levotipax 25mg	6,80	6,80

la présente facture est  
annulée à la somme de  
quarante sept Dirhams

صيدلية أوركيدي  
PHARMACIE L'ORCHIDÉE  
أسواق السلام  
حي الرياض الرباط  
TEL: 0537 71 63 81 / 0537 71 63 82 - HAY RIAD - RABAT

Rabat

47,00  
Doit

NOTICE : IN

ATEUR

**MERCK**



**LEVO**

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

7862160335

**primé sécable**

**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 le traitement. Cependant, il faut éviter d'altérer la lactation. Il est recommandé de surveiller le poids du bébé. Le lait maternel doit être donné à la demande.





7862160036

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

## ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
  - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ
  - 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 صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

تحتوي هذه النشرة:

## فترة الحمل.

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

الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج. قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف لبن الثدي. وينبغي تكيف علاج قصور الغدة الدرقية مع الرضاعة الطبيعية.

- 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 المرغوبة المحتملة؟
- 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟

معلومات أخرى



# MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

## ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
  - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ
  - 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 صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

### تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ما هو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما 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 المرغوبة المحتملة؟
- 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟

بالتالي أخرى

### فترة الحمل.

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

الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج. قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف لبن الثدي وينبغي تكيف علاج قصور الغدة الدرقية عند المرضع.



# MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

## ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
  - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ
  - 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 صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

### تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ما هو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما 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 المرغوبة المحتملة؟
- 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟

### فترة الحمل.

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

الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج. قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف لبن الثدي وينبغي تكيف علاج قصور الغدة الدرقية مع الرضاعة الطبيعية.