

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

- Reclamation : 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

M22- 0057356

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1167 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KHOU MOHAMED
Date de naissance : 1952
Adresse : galatée 160029
Tél. : 0522 248097 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/05/2023
Nom et prénom du malade : Berrada Khadija Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension
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 : 2023 Le : 08/05/2023
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
10/04/23	G		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/04/23	265,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

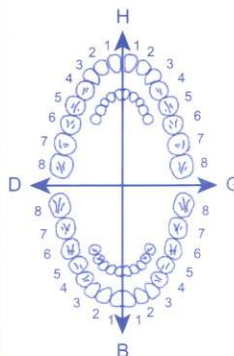
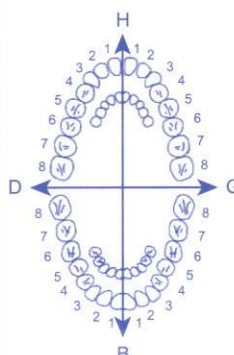
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Loubna BENNIS

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
nutrition et maladies métaboliques
Diplômée de la faculté de Médecine et
de Pharmacie de Casablanca

Ancienne interne du CHU de Casablanca

- Diplômé en pathologie hypothalamo hypophysaire Paris

- DIU en nutrition Montpellier



الدكتورة لبنى بنيس

أخصائية في أمراض الغدد والسكري
وال تغذية وأمراض الأيض
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي
الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء-
دبلوم أمراض الغدة النخامية بباريس
دبلوم أخصائي في التغذية بمونبوليه

Casablanca le : 10/04/23

Mme Berrada Khadija

$2440 \times 6 = 146,40$
- Serology α 100 μ g

$1340 \times 6 = 80,40$
- Serology α 50 μ g

14p5

39,00
- Kalman gel 1 gel (5)

مض 60x

265,80



Kalmaner

Deva

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Valeriana officinalis L (extrait sec).....	100 mg
Crataegus oxyacantha L (extrait sec).....	100 mg
Passiflora incarnata L (extrait sec).....	100 mg
Lavanda angustifolia (extrait sec).....	50 mg

Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

LOT: 220556
DLUO: 07/2025
33,00DH

FORME ET PRESENTATIONS

Gélule

Boîte de 15 / Boîte de 30

PROPRIETES

Kalmaner contient des actifs d'origine végétale ayant prouvé leur efficacité dans les états d'agitation, stress, nervosité et insomnies.

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Prendre 2 gélules trois fois par jour à avaler avec un grand verre d'eau en complément d'une alimentation variée et équilibrée

Ne pas dépasser la dose recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas utiliser chez l'enfant moins de 12 ans.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

A CONSERVER DANS UN ENDROIT SEC ET FRAIS.

GARDER HORS DE PORTÉE DES ENFANTS

Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805318DMP/20UCAV1

Code : AC2 - 00063

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Ti Mellil, Casablanca

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس[®] قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
 - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك
 - وصف لك هذا الدواء شخصيا. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس المشكلة
 - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضا على أي أعراض أخرى
- انظر الفقرة 4

تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ماهو 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؟
- 6 - محتويات العلبة و معلومات أخرى

1- ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟

الصف الصيدلاني العلاجي
هذا الدواء هرمونة درقية
دواعي الاستعمال

6 118001 102020
Levothyrox[®] 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox[®] 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox[®] 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox[®] 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox[®] 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox[®] 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox[®] 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox[®] 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox[®] 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox[®] 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox[®] 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox[®] 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH