

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0027413

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1288

Société : 46258

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Chouk Nouma

Date de naissance : 10.10.1962

Adresse : 45, rue Attokan

Tél. : 0661214653

Total des frais engagés : 620,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr M. EL MORCHID**  
Radio - Oncologue  
INP : 091058651  
Centre Al Kindy - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/10/2020

Nom et prénom du malade : CHAOUK Nouma

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

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
16/10/2020			300,-	<b>Dr M. EL MORECHID</b> Radio - Oncologue INP : 091058651 Centre Al Kindy - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

16/10/20      320,00

# 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

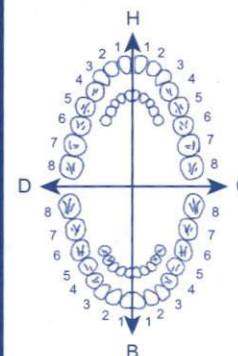
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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      21433552  
00000000      00000000  
D      G  
00000000      00000000  
35533411      11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE  
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكرات - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 091058651

CASABLANCA, LE 16.10.2020



091058651

الدكتور محمد المرشد

Docteur Mohamed EL MORCHID

أخصائي في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUE

Chafik Tounsi

320100



Pharmacie AL MAVVLI  
Angle Rue Ibnou Kati  
et Abou Hassan Saghir  
Maarif Extension Casa Tél 23.17.04

Sonerys

Jeune

7

Jeune 6 h



300

**Dr M. EL MORCHID**  
**Radio - Oncologue**  
**INP : 091058651**  
**Centre Al Kindy - Casablanca**

Distribué par :  
Althea, SA  
76, Allée des Casuarinas  
20580, Ain Sebba  
Casablanca

PPC : 320.00 Dhs

PTTES  
interieure de l'etui  
N° DA20181807657DMP/20UCAvl  
N° CE 2016-B-289 obtenu le 12/08/2016  
Certificat Export : 17/31/045  
PPC : 97,00 Dh  
Flacon compte-gouttes  
Volume net :  
20 ml / 580 gouttes

et N° de lot mentionnés sur la face  
inférieure de l'etui.

N° DA20181807657DMP/20UCAvl  
N° CE 2016-B-289 obtenu le 12/08/2016  
Certificat Export : 17/31/045  
PPC : 97,00 Dh

Flacon compte-gouttes  
Volume net :  
20 ml / 580 gouttes

JADI



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

7862160338



08/2022

600044

09/2019

EXP:

Lot:

Fab:

Cou  
Rue Mou... 5110  
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



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**

Liste II - Uniquement sur ordonnance

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

Cooper Pharma, 41  
d Diouri 20110  
Maroc Amina Daoudi  
responsable

e: Merck Santé  
-Romain  
CEDEX 08

Strasse 250  
RMSTADT



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



Cooper Pharma, 41  
d Diouri 20110  
Maroc Amina Daoudi  
responsable

e: Merck Santé  
-Romain  
CEDEX 08

Strasse 250  
RMSTADT



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

Cooper Pharma, 41  
d Diouri 20110  
Maroc Amina Daoudi  
responsable

e: Merck Santé  
-Romain  
CEDEX 08

A,  
Strasse 250  
RMSTADT



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



Cooper Pharma, 41  
d Diouri 20110  
Maroc Amina Daoudi  
responsable

e: Merck Santé  
-Romain  
CEDEX 08

Strasse 250  
RMSTADT



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

Cooper Pharma, 41  
d Diouri 20110  
Maroc Amina Daoudi  
responsable

e: Merck Santé  
-Romain  
CEDEX 08

Strasse 250  
RMSTADT



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336