

# 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.

## 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.

## Educational :

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 ALQ :

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

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



Déclaration de Maladie  
N° M20- 0006014

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : HILLA HAKIMA  
Date de naissance : 11/163  
Adresse : 179 Bd BRAHIM ROUDANE IM L Ap 80  
Tél : 0661 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MAZOUZ Chahenaf  
Service de Néphrologie  
CHU Ibn Rochd Casa  
Date de consultation : 03/2021  
Nom et prénom du malade : HILLA HAKIMA 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 : CASA BLANCA Le : 2/03/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 2/03/2021       |                   |                       | CG                              | Dr. MAZOUZI CHAIM<br>Service de Néphrologie<br>CHU Ibn Rochd Casa |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                                              | Date     | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE GAYT AL FATH<br>N° 4 RAS GAYT AL FATH Quartier Beausite<br>Ain Sebaa Casablanca<br>Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62<br>Email : galfath@yahoo.com | 07/03/21 | 1454,30               |
|                                                                                                                                                                     |          |                       |
|                                                                                                                                                                     |          |                       |
|                                                                                                                                                                     |          |                       |
|                                                                                                                                                                     |          |                       |

### 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                             | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>[Création, remont, adjonction]<br>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

Service de Néphrologie  
Dr MAZOUZI Chama

traitement de 3 mois

14/54.30

1cp de matin

Diamicon 30 mg

88.00  
54.30  
8 -

1cp de soir

1cp à midi

1 - Janinet 50mg/100

489,00 x 3

Hakima h.26

Docteur :

**ORDONNANCE**

Casablanca, le :

7/03/2007

مستشفى بدون فسخ

Hôpital sans Tabac

PHARMACIE GAYT AL FATH



Fumer tue

N° 6 Res. Bayd el Ghannouchi Beausite

Ain Oudaa Casablanca

Tel : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 48 30 30

Email : othaf@yahoo.com



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

Hôpital Ibn Rochd - Casablanca  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

ROYAUME DU MAROC  
Ministère de la Santé

CHU  
بن رشد  
الجامعة



|                    |         |
|--------------------|---------|
| رقم التسعيلة/Lot   | 08-2019 |
| تاريخ الإنتاج/Mfg  | 08-2021 |
| تاريخ الانتهاء/Exp | T021712 |

**Respecter les doses prescrites**  
**احترموا الجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
يصرف فقط برحود و صفة طبية - قائمة 1  
Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme  
166, 168 Bd Zerktouni  
Casablanca- Maroc



JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

70027234/010414-1  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

|                    |         |
|--------------------|---------|
| رقم التسعيلة/Lot   | 08-2019 |
| تاريخ الإنتاج/Mfg  | 08-2021 |
| تاريخ الانتهاء/Exp | T021712 |

**Respecter les doses prescrites**  
**احترموا الجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
يصرف فقط برحود و صفة طبية - قائمة 1  
Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme  
166, 168 Bd Zerktouni  
Casablanca- Maroc



JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

70027234/010414-1  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

رقم التسعيلة/ Lot: 2121712  
تاريخ الانتهاء/ Exp: 08-2021  
تاريخ الإنتاج/ Mfg: 08-2019

**Respecter les doses prescrites**  
**احترموا الجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
يصرف فقط برحود و صفة طبية - قائمة 1  
Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme  
166, 168 Bd Zerktouni  
Casablanca- Maroc

6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

70027234/010414-1

قائمة 1 : لا يعرف إلا بوصف طبية  
LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احترموا المقادير المحددة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا المقادير المحددة

30 Comprimés à Libération **M**odifiée  
Gliclazide  
**DIAMICRON 30 mg**

54,30

٢٥,٦٨

**DIAMICRON 30 mg**

Gliclazide

60 Comprimés à Libération **M**odifiée



احتراماً للمقادير الممنوعة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يعرف إلا بوصف وصفة طبية  
LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE