

# 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058636

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05883 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : RACHIDI Hassan  
Date de naissance : 05.07.1960  
Adresse : 15 Rue Saria bords Corniche Apt Palmer City  
Tél. : 0661377262 Total des frais engagés : 2221,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Ghita MAMOU  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie Maladies Métaboliques  
Nutrition  
Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage N° 19  
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 74  
Date de consultation : 12/04/2021  
Nom et prénom du malade : RACHIDI HASSAM Age : 60  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète type 2  
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) : .....

ACCUEIL

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
12/04/2011	CS		300 DH	
03/04/2011	Bilan		Gratuit	

Cachet et signature du Médecin attestant la validité des Actes

**Dr. Ghisèle MARMOU**  
 Spécialiste en Endocrinologie  
 Diabétologie Maladies Métaboliques  
 Nutrition

Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage N° 1  
 Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE AL BOUSTAN</b>            100, Bd Ibn Sina Hay Hassani            CASABLANCA            Tél. : 05 22 90 33 97</p>	12/04/2011	1921,40

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

PHARMACIE AL BOUSTANE  
Sina Hay Hassani  
SASABLANCA  
Tel. : 05 22 90 33 97

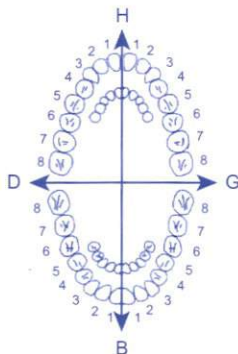
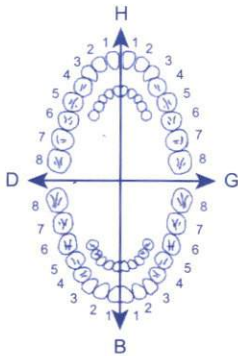
[illegible][illegible]

## 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										

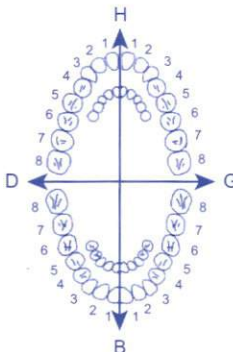
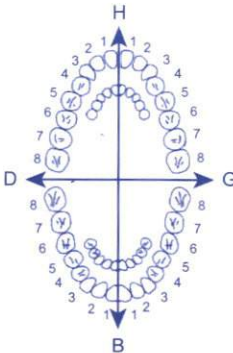
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins<sup>4</sup>.

Important :

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

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div></div> <div>B</div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			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. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,  
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre  
Troubles de la croissance et de la puberté  
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



## الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد و السكري  
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمّة  
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 12/4/2021

Nom : Mr RACHIDI Hassan

$$437,00 \times 4 = 1748,00$$

Janumet 50/1000

(S.V.)

1 p x 2/j après repas.

$$57,80 \times 3 = 173,40$$

LiNor 10

(S.V.)

1 p/j

Bouteille de glyc x 3/j

$$1921,40$$

3mos

PHARMACIE AL BOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 90 33 97

Dr. Ghita MAMOU  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie Maladies Métaboliques  
Nutrition  
Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage N° 19  
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
يصرف فقط بوجور 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

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



**Janumet** 50 mg/1000 mg



Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
يصرف فقط بوجور 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

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



**Janumet** 50 mg/1000 mg



Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
يصرف فقط بوجور 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

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



**Janumet** 50 mg/1000 mg



Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
يصرف فقط بوجور 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

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



**Janumet** 50 mg/1000 mg



LOT : 200995

UT AV : 09/2023

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

10 ملغ  
عن طريق الفم

(M)

لاندونور  
أنتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



COOPER  
PHARMA



6 118000 082217

LOT : 200995

UT AV : 09/2023

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

10 ملغ  
عن طريق الفم

(M)

لاندونور  
أنتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



COOPER  
PHARMA



6 118000 082217

LOT : 200995

UT AV : 09/2023

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

10 ملغ  
عن طريق الفم

(M)

لاندونور  
أنتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



COOPER  
PHARMA



6 118000 082217