

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23-003427

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : H LILA HAKIMA
 Date de naissance : 11/01/1963
 Adresse : 179 B- BRAHIM ROUDANI AP 2
 Wadif Casa
 Tél. : 0661178650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/08/2023
 Nom et prénom du malade : H LILA HAKIMA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète + cholestérol
 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 : Casa Le : 12/08/2023
 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
12/08/2023		3		<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Stamp: PHARMACIE BAYT AL FATH, N° 6 Rés. Bayt Al Fath, Quartier Beausile, Ain Sobaa, Casablanca, Tél: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 05 24 62, Email: allaf@yahoo.com]</i>	12/08/2023	3695,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

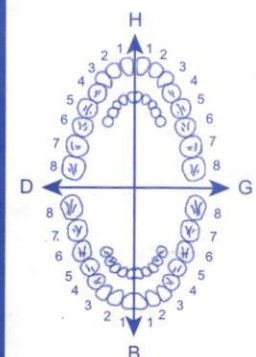
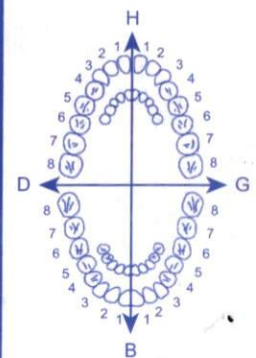
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca

Sur Rendez-vous

الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد



Casablanca, le : 28 08 2022 : الدار البيضاء، في :

13.40 x 3 HILAL HALKIMA

lausthyox 50

SV

scq matin jeun

78.70
44.70

3mg

DIAMICRON Goug

SV

scq matin

3mg

479.00 x 3

DIAMICRON 50

SV

scq matin

3mg

437.00 x 3

Janumet 50/800

SV

scq matin, scq ser

3mg

152.50 x 4

20mg letostar

SV

57.80 x 3

20mg letostar

SV

SV

صيدلية بيت الفتح
PHARMACIE BAYT AL FATH
N° 6 Res. Bayt Al Fath Quartier Beausite
Ain Sebâa Casablanca
Tél: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 24 62
E-mail: aliaa@bayttheo.com

3695.00

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3ème étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA
Tél: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail: zineb@casablanca.ma - ICE: 001697433000063

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3ème étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA

Tél.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail: zineb@casablanca.ma - ICE: 001697433000063

07,44

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

احترس من الغش
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - UNIQUEMENT SUR OR

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Im: ZEVAO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc



DIAMICRON® 60 mg
30 comprimés
SERVIER MAROC

07,87

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

احترس من الغش
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Im: ZEVAO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc



DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés
SERVIER MAROC

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.
Liste I - Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 10 ملغ من الأمباغليفلوزين
أسوغة : كمية كافية لقرص واحد
واغ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز
قرأ النشرة قبل الإستعمال
يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال
يقتضي هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ
يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه
وفق القوانين المعمول بها محليا
القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

313839-02

PPV: 479 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة



18001 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

313839-02

PPV: 479 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة



1 041077

e 10 mg
(fiozine)

30 comprimés pelliculés

313839-02

PPV: 479 DH 00

DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
• PPV: 13,40 DH

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance




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

7862160336

 **Lantus® SoloStar®**
100 Unités/ml - 100 Units/ml
solution injectable en stylo prérempli

 **Lantus® SoloStar®**
100 Unités/ml - 100 Units/ml
solution injectable en stylo prérempli
solution for injection in a pre-filled pen

 **Lantus® SoloStar®**
100 Unités/ml - 100 Units/ml
solution injectable en stylo prérempli
solution for injection in a pre-filled pen

 **Lantus® SoloStar®**
100 Unités/ml - 100 Units/ml
solution injectable en stylo prérempli
solution for injection in a pre-filled pen
insuline glargine / insulin glargine

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus SoloStar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081608

LOT : 221591
EXP : 12/2025
PPV : 99,00DH

221591
12/2025
99,00DH

LOT : 230730
XP : 05/2026
PPV : 57,80DH

20 ملغ
عن طريق الـم

20 ملغ
عن طريق الـم

10 ملغ
عن طريق الـم

٩
للا-نور
أنورفاساتين

٩
للا-نور
أنورفاساتين

٩
للا-نور
أنورفاساتين

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوجور و صفة طبية - قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

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

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



Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبين / ميتفورمين هايدروكلورايد



Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوجور و صفة طبية - قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

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

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



Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبين / ميتفورمين هايدروكلورايد



Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوجور و صفة طبية - قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

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

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



Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبين / ميتفورمين هايدروكلورايد



Pharmacie BAYT AL FATH - Casablanca

Aliaa FASSI FIHRI

0522344753

RESIDENCE BAYT AL FATH N°6 AIN SEBAA , CASABLANCA



Facture N° 20231102-558

Date de vente : 12/08/2023
Médecin traitant :

HLILA HAKIMA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
JANUMET CO 50/1000MG B56 COMP	3	437,00	Exonéré (0.00%)	1 311,00
LANTUS IN 100UI/ML CARTOUCHE B1 INJECTABLE PM	4	152,50	Exonéré (0.00%)	610,00
LD NOR CO 10MG B30 COMP	3	57,80	Exonéré (0.00%)	173,40
JARDIANCE CO 10MG B30 COMP PELLI	3	479,00	Exonéré (0.00%)	1 437,00
DIAMICRON CO 60MG B30 COMP	1	44,70	Exonéré (0.00%)	44,70
DIAMICRON CO 60MG B60 COMP	1	78,70	Exonéré (0.00%)	78,70
LEVOTHYROX CO 50µG B30 COMP SECA	3	13,40	TVA (7.00%)	40,20

Total HT	3 692,37 DHS
TVA	2,63 DHS
Total	3 695,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois mille six cent quatre-vingt-quinze DHS

PHARMACIE BAYT AL FATH
N° 6 Rés. Bayt Al Fath Quartier Dequille
Ain Sebba Casablanca
Tel : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 06 84 02
Email : aliaa@baytalfath.ma
Ain Sebba Quartier Dequille
Tel : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 06 84 02
Email : aliaa@baytalfath.ma

IF : 48204375 RC : 280420 ICE : 000467800000061
Tel : 0522344753

Adresse : RESIDENCE BAYT AL FATH N°6 AIN SEBAA , CASABLANCA