

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

N° M21- 0021862

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : R.A.M. A28294
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : H. LILA HAKIMA
 Date de naissance : 11/11/63
 Adresse : 178 Bd BRAHIM BOUDANI N°20
 Rachid CASABLANCA
 Tél. 0661118050 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/06/2022
 Nom et prénom du malade : H. LILA HAKIMA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Renale
 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 : CASABLANCA Le : 29/06/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
29/06/2022			G	Dr. K. DRISSA AITOUCH Néphrologue Chu Ibn Rochd Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAY AL FATH 6 Rés. Bayt Al Fath Quartier Beauséjour Ain Sgha Casablanca 05 22 34 47 53 Fax 05 22 66 24 02 mailto:al.fath@vodafone.ma	29/06/22	3937,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

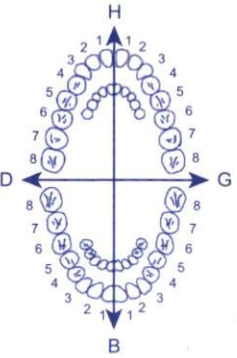
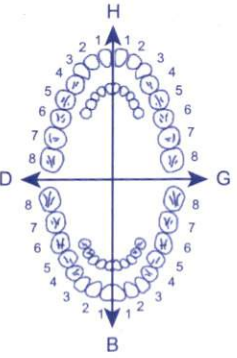
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



IBN ROCHD
Casablanca

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd Casablanca

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



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 29/06/2022

ORDONNANCE

Docteur :

Hlik Hakimo

1) Janumet 50 mg / 1000 mg

437,100 x 4

0 - 1 - 1

78,70 x 2

44,70

2) Diamicon 60 mg

1 - 0 - 0

13,40 x 3

3) Levothyrona 50 mg

1 - 0 - 0

99,100 x 3

4) LD - Nor 20 mg

0 - 0 - 1

550,100 x 3

5) Jandiance 10 mg

1 - 0 - 0

3937,30

traitement
3m/s

Liste II - Uniquement sur ordonnance

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

Dr. K. IDRISSI KAITOU
Néphrologie
Chu Ibn Rochd Casablanca

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
يصرف فقط بوصف 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.

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
يصرف فقط بوصف 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.

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
يصرف فقط بوصف 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.

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
يصرف فقط بوصف 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.

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

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

سواغ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة * الإستعمال

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطاً خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه

وفق النفايات المعمول بها محلياً

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

PPV: 550 DH 00

313839-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

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

سواغ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة * الإستعمال

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطاً خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه

وفق النُرايين المعمول بها محلياً

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

PPV: 550 DH 00

313839-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

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

سواغ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة * الإستعمال

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطاً خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه

وفق النُرايين المعمول بها محلياً

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

PPV: 550 DH 00

313839-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

قائمة أ: لا يصرّف إلا بموجب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احترسوا! لا تأخذوا جرعة واحدة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترسوا! لا تأخذوا جرعة واحدة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide

04,87

قائمة 1: لا يصر في أي موجد و صفة طبية
Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احترموا التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide

04,87

LOT : 220260

EXP : 03/2025

PPV : 99,00 DH



أنورفاستاتين

٢٠
نورفاستاتين

LOT : 220260

EXP : 03/2025

PPV : 99,00 DH



أنورفاستاتين

٢٠
نورفا

LOT : 220260

EXP : 03/2025

PPV : 99,00 DH



أنورفاستاتين

٢٠
نور

Pharmacie BAYT AL FATH - Casablanca

Aliaa FASSI FIHRI

0522344753

RESIDENCE BAYT AL FATH N°6 AIN SEBAA , CASABLANCA



Facture N° 20220809-782

Date de vente : 29/06/2022

Médecin traitant :

HLILA HAKIMA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
JARDIANCE CO 10MG B30 COMP PELLI	3	550,00	Exonéré (0.00%)	1 650,00
LD NOR CO 20MG B30 COMP	3	99,00	Exonéré (0.00%)	297,00
LEVOTHYROX CO 50µG B30 COMP SECA	3	13,40	TVA (7.00%)	40,20
DIAMICRON CO 60MG B30 COMP	1	44,70	Exonéré (0.00%)	44,70
DIAMICRON CO 60MG B60 COMP	2	78,70	Exonéré (0.00%)	157,40
JANUMET CO 50/1000MG B56 COMP	4	437,00	Exonéré (0.00%)	1 748,00

Total HT	3 934,67 DHS
TVA	2,63 DHS
Total	3 937,30 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois mille neuf cent trente-sept DHS et trente centimes

Payée
en

PHARMACIE BAYT AL FATH
N° 6 Rés. Bayt Al Fath, Quartier Beauséjour
Ain Sebaa, Casablanca
Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 14 67
E-mail : aliaa.fassi@yahoo.com

PHARMACIE BAYT AL FATH
N° 6 Rés. Bayt Al Fath, Quartier Beauséjour
Ain Sebaa, Casablanca
Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 14 67
E-mail : aliaa.fassi@yahoo.com

IF : 48204375 RC : 280420 ICE : 000467800000061

Tel : 0522344753

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