

## 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.

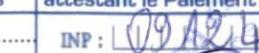
### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| <b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>   |  |   |  |
| Matricule : ..... Société : .....   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)<br>FAIK      Autre : Mohamed<br>Nom & Prénom : .....<br>Date de naissance : 1933<br>Adresse : .....<br>Tél. : ..... Total des frais engagés : 1221,00 Dhs   |  |   |  |
| <b>Cadre réservé au Médecin</b>   |  |   |  |
| Cachet du médecin :<br><br><br>Date de consultation : 07/07/2023<br>Nom et prénom du malade : FATIC FATIMA Age : .....<br><input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant<br>Nature de la maladie : Cardiopathie du fait de l'hypertension<br>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :<br>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.<br>Fait à : Casablanca<br>Signature de l'adhérent(e) : <br>Dr. FAIK Fatic Mohamed<br>Oranfarah sa... 10/07/2023   |  |   |  |



| RELEVE 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                                      |
| 07/07/2023                     | (3)               | 250,00                |                                 | INP : 09A24326<br> |
|                                |                   |                       |                                 |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                  | Date     | Montant de la Facture |
| <b>Pharmacie TAN<br/>BENANI Jaafar<br/>Qued Sebou, Quic<br/>CASABLANCA</b> | 07/07/23 | 1021,90               |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
| .....                               |                   |        |     |     |     | .....                              |  |
| .....                               |                   |        |     |     |     | .....                              |  |
| .....                               |                   |        |     |     |     | .....                              |  |
| .....                               |                   |        |     |     |     | .....                              |  |
| .....                               |                   |        |     |     |     | .....                              |  |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE  |   |  |             |   |
|--|---|--|-------------|---|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                   |   |  |             |   |
| <b>Important :</b><br>Veuillez 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 | INP : <input type="text"/>                          |
|  |   |  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  |   |  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  |   |  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|  |   |  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  | H<br>26533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |
|  |   |  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |   |  |             |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  |   |  |             |   |

**Dr. Asmaâ FAIK ESSAOUDI**

**Omnipraticienne**

Diplômée en échographie  
Diplômée en Gynécologie  
Suivi de grossesse et Infertilité  
de l'université de Bordeaux



**الدكتورة أسماء فائق السعودية**

طبية (رجال - نساء - أطفال)

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

شهادة طب النساء متتابعة الحمل

صعوبات الإنجاب و العقم

من جامعة بوردو فرنسا

## Ordonnance

Casablanca, le

07/07/2023

pharmacie TAM  
Dr. BENANI Jaafar  
102, Bd Oued Sebou, Oulfa  
- CASABLANCA  
Tél: 05 22 89 41 42

FATIK FATIMA

|                  |                         |           |          |                   |
|------------------|-------------------------|-----------|----------|-------------------|
| 122,10 1)<br>* 3 | triztec 5mg (3B)        | 1 - 0 - 0 | TAM S.V. | 77 x 3 mois       |
| 50,70 2)<br>* 3  | Carbamazép 250mg (3B)   | 1 - 0 - 0 | TAM S.V. | x 3 mois          |
| 34,60 3)<br>* 10 | lasilix 4mg (8B) + (2B) | 2         | 77       | TAM S.V. x 3 mois |
| 31,30 4)<br>* 8  | Zylopic 200             | 0 - 0 - 1 | TAM S.V. | 77 x 3 mois       |
| 20,80 5)<br>* 4  | Sintum 4mg              | 1/4       | TAM S.V. | le son x 3 mois   |
| 14,00 6)<br>/    | Doliprane 1000mg        | 1/4       | TAM S.V. | le son x 3 mois   |
| 1021,00          |                         |           |          |                   |

إقامة اليسير GH 1B، عمارة 07 شقة رقم 1 الطابق السفلي، فرح السلام، الألفة-البيضاء-الهاتف :

Lot. AL YOUSR, GH 1B, Imm. 07 Appt. 1RDC, Farah Slam, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 41 42

122,10

122,10

122,10



6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E010  
PER : 04/2026

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E019  
PER : 11/2026

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E014  
PER : 07/2026

P.P.V : 34DH60



LOT 230304  
EXP 01 2027  
PPV 31.30



6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E014  
PER : 07/2026

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E011  
PER : 06/2026

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E015  
PER : 09/2026

P.P.V : 34DH60



6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E009  
PER : 04/2026

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E012  
PER : 07/2026

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E009  
PER : 04/2026

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E016  
PER : 09/2026

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E014  
PER : 07/2026

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 22E015  
PER : 09/2026

P.P.V : 34DH60



LOT 223844  
EXP 11 2026  
PPV 31.30

PPV : 20,00  
Exp :  
N° Lot :

PPV: 14DH00  
PER: 10/25  
LOT:L3602