

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5338 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MARAFI L'HOUSSINE

Date de naissance :

27/11/63

Adresse :

USA BLANCA

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/02/2024

Nom et prénom du malade : GAROUNAT KADYTER Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Myopathie

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.

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir lu et bien compris la connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : ..... / ..... / .....

## 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
08/02/2014	C	1	2000 H	Draamina ARKADIEVA Omar Chahad Dammam Avenue Saad Eddine 127 rue 161, N° 127 Tél./Fax: 05 24 52 46

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08 02 24	231.00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### **Important :**

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Amina ARROUBI**

**OMNIPRATICIENNE**

Ancien Médecin Chef de Centre de Santé Sbata

Diplôme Universitaire

Gynécologie (Colposcopie, Infertilité)

Diabétologie - Echographie

Spécialiste en Médecine du Sport

**الدكتورة أمينة عروبي**

**الطب العام**

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي سباتة

حاصلة على دبلومات جامعية

طب النساء (فحص عنق الرحم، تأخر الإنجاب)

مرض السكري - الفحص بالصدى

أخصائية في الطب الرياضي

Le 08-02-24

Mr (Mme) GAROUAT KADUTAR

36.40

1) Fluomizin oint

(SV) mouth lesion

36.70

2) Myroderm

(SV) 88

38.00

3) Alca steril gel

for toilet use

230.70

(SV)

Dr. Amina ARROUBI  
OMNIPRACTICIENNE  
Avenue Oued Dahab, Jamila 5  
Tél./Fax: 05 22 56 56 46 - Email : dr.amina.arroubi@gmail.com

en face pharmacie skiba  
n° 55, face à Cesablade  
Tél./Fax: 05 22 37 31 33

شارع وادي الذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 55 أمام صيدلية سكيبة

Tél./Fax: 05 22 56 56 46 - Email : dr.amina.arroubi@gmail.com  
Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, enface pharmacie skiba

# ALCASTERIL

**PH ALCALIN**  
**HYPOMÉTALLIQUE**  
**CALME LES IRRITATIONS**  
**RÉDUIT LES ODEURS**

Sans savon - Sans paraben

**PEAUX ET MUQUEUSES DÉLICATES**

AM92 0526

LOT

PER

Prix

98.00

**Sur prescription médicale**

# **Fluomizin®**

Chlorure de déqualinium 10 mg

**6 comprimés vaginaux**

Fabriqué par: Rottendorf Pharma GmbH  
Ostenfelder Str. 51–61, 59320 Ennigerloh, Allemagne  
Pour: Medinova AG, Suisse

 medinova

Un comprimé contient: 10 mg de  
Chlorure de déqualinium.

Excipients: Lactose monohydraté, stéarate de  
magnésium, cellulose microcristalline.

Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté  
Ne pas conserver au-dessus de 30 °C.  
Tenir hors de la portée des enfants.



Distribué par: ZENITHPHARMA  
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maroc  
Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable  
AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ  
PP.V.: 96.40 DHS

311531