

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 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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-645994

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ELHAGGI Société : 8378

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHAGGI RAFA

Date de naissance : 14-4-62

Adresse : 5815, Residence Trovany Publics APT 8 JDD

hau nci Ram

Tél. : 06372174 Total des frais engagés : 459,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Amina Ouzzif
Hépto-Gastro-Entérologue
Proctologue
Av. Al Massira, N°1036, Appt. N°2, CYM-Rabat
Tél. 05 37 79 03 33 - GSM : 06 63 42 96 04
INP : 091089821

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/24

Nom et prénom du malade : ELHAGGI RAFA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : RBO + epigastrique

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 : 01/02/24

Signature de l'adhérent(e) : ER

Dr. Amina Ouzzif
Hépto-Gastro-Entérologue
Proctologue
Av. Al Massira, N°1036, Appt. N°2, CYM-Rabat
Tél. 05 37 79 03 33 - GSM : 06 63 42 96 04
INP : 091089821

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-645994

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01/12/24		5	300,00	<p>Dr. Amina OUKER O-Gastro-Entérologie Proctologie N° 1036, Appel N° 2, Cym-Rab 37 79 03 33 - GSM : 06 63 42 96 091089821</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Date	Montant de la Facture	
10/02/24	364,95	
04/02/24	79,95	
04/02/24	215,10	

[illegible][illegible]

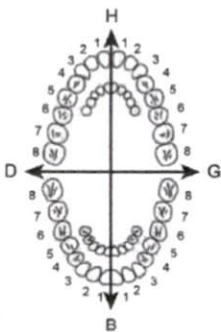
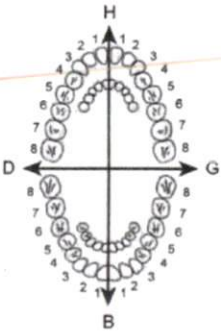
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina OUZZIF

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Faculté de Médecine RABAT

Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes

Diplôme d'Échoendoscopie :

Faculté de Médecine MARSEILLE

Diplôme des Maladies Inflammatoires Intestinales :

Faculté de Médecine LILLE

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

Proctologie Médico-chirurgicale

الدكتورة أمينة وزيف

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

كلية الطب الرباط

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

دبلوم صدى التنظير الداخلي : كلية الطب مرسيليا

دبلوم أمراض التهاب الأمعاء المزمن : كلية الطب ليل

الفحص بالمنظار الداخلي بالفيديو

المعدة - الأمعاء - المخرج

الفحص بالصدى

أمراض وجراحة المخرج والبواسير

ORDONNANCE

01/02/2024

Mme EL HAJJI RAJAA

1 - MEZOR 40

1 comprimé le matin et le soir, 1/2 h avant le repas, pendant 10 Jours; puis 1 comprimé le matin à jeun 1/2h avant repas pendant 4 semaines

2 - REFLUXAID

1 cuillère à soupe 3 fois par jour, 1h après le repas, pendant 10 jours

3 - SPASMYL SUSP

1 cuillère à soupe le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 20 Jours

4 - OXANTIN

2 comprimés le matin et le soir, 1h après le repas, pendant 20 Jours

Pharmacie AL Maghreb AL Arabi
SARL. A.U.
25, Avenue AL Maghreb AL Arabi - Rabat
Tél : 0537 73 26 37
INPE : 102007051

Dr. Amina OUZZIF
Hépatogastro-Entérologue
Proctologue
Av. Al Massira, N°1036, Appt. N°2, C.Y.M. - Rabat
Tél.: 05 37 79 03 33 - GSM : 06 63 42 96 04
INP : 091089821

شارع المسيرة رقم 1036 ش. رقم 2 (قرب المركز التجاري المنال) حي يقفوب المنصور الرباط
Avenue Al Massira N°1036, Appt. N°2 (A Côté du Complexe Al Manal) C.Y.M. - RABAT
Tél. : 0663 42 96 04 / 0537 79 03 33 : الهاتف
E-mail : ouzzifa@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

Oxantin®
À base d'actifs naturels

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

LOT : 230632
PER : 08/2026

PPC : 79,95 DH

x 2 Ged

LOT	2312505
EXP	03/2025
PPC	215.00DH

LOT 231110
EXP 03/2025
PPV 215.00DH

ition :

de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula Extra, Extrait d'Angustifolia, Extrait de Tilia Platyphyllos, Sucralose, Methyl de sodium p-hydroxybenzoate, p-hydroxybenzoate de propyle sodique, eau déminéralisée.

Instructions d'utilisation :

Agiter avant utilisation. Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans : 10-20 ml ou 1-2 sticks après repas et au coucher. Enfants de moins de 12 ans demi-dose.




PROMOPLUS
HARMA

REFLUXAID®
Sirop anti-reflux

1/2 cuillère à soupe

23125

2026/0



05
5