

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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° W21-645994

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : EL HAJJI		Société : 8378	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HAJJI RAJAA			
Date de naissance : 14-4-62			
Adresse : Sidi S, Résidence Trans Publics APT 2 JDDI Hay Riad, RABAT			
Tél. : 0663721741		Total des frais engagés : 359,90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Hépato-Gastro Entérologue Proctologue Av. Al Massira, N°1036, App. N°2 CYM-Rabat Tél.. 05 37 79 03 33 - GSM : 06 63 42 96 04 INP : 091089821			
Cachet du médecin : Dr. Amina OUZZIFI			
Date de consultation : 01/02/24			
Nom et prénom du malade : El Hajji Rajaa Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : PBO + epipostealgie			
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) : EB

Le : 01/02/24

Dr. Amina OUZZIFI
Hépato-Gastro Entérologue
Proctologue

Av. Al Massira, N°1036, App. N°2 CYM-Rabat
Tél.. 05 37 79 03 33 - GSM : 06 63 42 96 04
INP : 091089821

VOLET ADHÉRENT	
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 :	

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
01/12/24.		5	300,- Hépato-Gastro-Enterique Proctologique	ANP : Amma El YOUSSEFI AV. Al Massira N°1036, ADP N°2, CYMRhabat 091089821 NP : 091089821

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacie Al Maghrib Al Arabi	Date	Montant de la Facture
S.A.R.L. A.U		364,95
25, Avenue Al Maghreb Al Arabi	10/02/24	79,95
Tél : 0537 72 20 14		215,00
INPE : 100000001	01/02/24 TOTAL	215,00
Pharmacie Al Maghrib Al Arabi		215,00
S.A.R.L. A.U		215,00

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 10x10 grid of points. Some points are numbered from 1 to 10. The grid is centered around a point labeled 'H' at the top. To the left of the grid is a point labeled 'D', and below it is a point labeled 'B'. A red line passes through the center of the grid.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 التقطير الداخلي : كلية الطب مراكش

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 70,00

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 79,95

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

9 = 215,00

Dr. Amina OUZZIF

Hépato-Gastro-Entérologue

Av. Al Massira, N°1036, Appt. N°2, CYM-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 بعثوب المصوّر - الرباط

Avenue Al Massira N° 1036, Appt. N°2 (A Côté du Complexe Al Manal) C.Y.M - RABAT

الهاتف : 0663 42 96 04 / 0537 79 03 33

E-mail : cuzzifa@yahoo.fr البريد الإلكتروني :

Oxantin®

A base d'acéth naturels

Lot :
A consommer de
préférence avant le :

PPC : 79,95 DH

LOT : 230632
PER : 08/2026

x 2 béd

LOT : 2312505
EXP : 2026/05
PPC : 70 DHS

LOT 231110
EXP 03/2025
PPV 215.00DH

ition :

Extrait de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula Extract 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.



PROMOPPLUS
HARMA

REFLUXAID®
Sirop anti-reflux

23125

2026/0



05
5