

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

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

M22- 0005454

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00371 Société : 114762

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FREJ ABDERRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0 66174861 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin - Dr. Anis BALAFREJ

Spécialiste des Maladies de l'Appareil

Digestif

36, Rue Idriss Al Akbar, Appt. N° 1,
Hassan, Rabat - Tél.: 05 37 73 73 28

INPE : 131017485

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08.04.2022

Nom et prénom du malade : FREJ ABDERRAHIM Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Epigastralgie

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.

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
08.04.2022	C2	01	300 ^{DR}	<p>Dr. Anis BALAFRES</p> <p>Spécialiste des Maladies de l'App. Digestif</p> <p>36, Rue Idriss Al Akbar, Apprt. 200, Rabat - Tél.: 05 37 73 131017485</p>

Dr. Anis BALAFRE
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
36, Rue Idriss Al Akbar, Apprt. N° 1,
Hassan, Rabat - Tél.: 05 37 73 73 28
INPE : 131017485

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Chemel-Rabat Sarl Au Rue de Tunis Hassan-Rabat tel. 0537 20 15 39</p>	8-4-22	478.40

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Pharmacie Chentouf-Rabat
Sarl Au
7, Rue de Tunis Hassan-Rabat
Tel. 0537 20 15 39

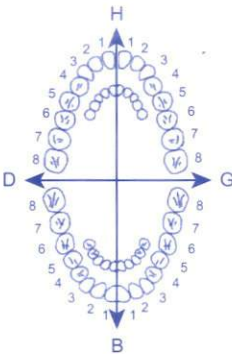
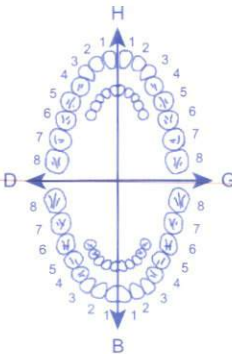
[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>											
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D G														
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>											

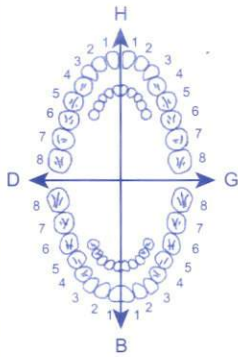
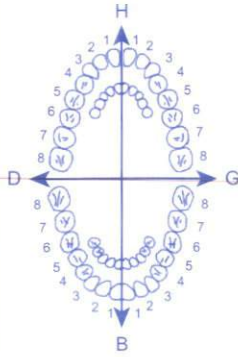
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					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				
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div></div><div><div>G</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					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'EX

D~~o~~cteur Anis BALAFREJ

الدكتور أنيس بلال فريج

Spécialiste des Maladies
de l'appareil Digestif

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد - المعدة - الأمعاء و البواسير

(Fois - Estomac - Intestins - Hémorroïdes)

Endoscopie digestive

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

Ancien Maître Assistant en Médecine
Interne au C.H.U. Ibn Sina - Rabat

أستاذ مساعد سابقا في الأمراض الباطنية
بالمركز الجامعي ابن سينا - الرباط

Sur Rendez-Vous

INP : 131017485

بالميعاد

Rabat, le 08 AVR 2022 الرباط في

FREJ

Abderrahim

215.00 x 2

21 ZOE GAS 40

1 gélule avant et
après repas

puis 1 gélule avant
le repas

4840

21 GAVISCON

1 cas
je xi après repas

Pharmacie Chenier-Rabat

Sari Au

27, Rue de Tunis Hassan-Rabat

Tél : 0537 20 15 39

LOT 210939
EXP 03/2023
PPV 215.00DH

LOT 210681
EXP 02/2023
PPV 215.00DH

36, Rue Idriss Al Akbar, App N° 1,
1^{er} étage, Hassan - RABAT
(Tramway : Ligne 1 & 2, Station Tour Hssan)

Tél : 05 37 73 73 28
Fax : 05 37 73 73 29

E-mail : anisbalafrej@hotmail.com

36. زنفة مولاي إدريس
الطابق الأول، حسان
طرامواي الخط 1 و 2، محطة حسان
الهاتف : 05 37 73 73 28
الفاكس : 05 37 73 73 29

غافيسكون مزيج معلق للشرب في قارورة سعة 150 ملل

التركيب:

الجبنات الصوديوم 10 غ

بيكربونات البوتاسيوم 2 غ

السواغات: كل كلل جرعة واحدة من 100 ملل

قائمة السواغات ذات

التأثير الملحوظ:

بار هيدروكسيبيكربونات

المتيل و البروبيل،

نواعي الإستعمال:

يوفر غافيسكون أنفقس

تغطية سريعة وتقوم

طويلا ضد حرقة

المعدة و عسر الهضم.

طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم.



Soulever ici.
Ne pas enlever.

e 150ml



DISPONIBLE EN PHARMACIE
UNIQUEMENT

غافيسكون انيسون

GAVISCON

ADVANCE

AROME ANIS

SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

- Brûlures d'estomac & indigestion • حرقة المعدة و عسر الهضم
- Formule extra puissante • تركيبة بقوة اضافية
- Effet Longue Durée • تدوم طويلا

خالى من السكر

نكهة الليمون

حرك جيدا قبل الشرب.

لا تتروكة في متناول الأطفال.

تم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.

لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM N°205/15 DMP/21/NNP

PPV: 48 DH 40

BN 034681
DOM 12/2020
EXP 12/2022

3079955