

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.

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° W21-701951 *pas courrier*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *12637*

Matricule : *12637* Société : *RAM*

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : *AMARA ILIASS*

Date de naissance : *11/02/1988*

Adresse : *Riad Old PTAA Resdara Cascadres Tm 13 Apt 06 Temara*

Tél. : *0613761406* Total des frais engagés : *542,70* Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FREJ Aïda
Hépto - Gastro - Entérologue
9, Rue Al Kharroub, Appt. 3, Secteur 16
Hay Riad - Rabat
Tél : 05 37 56 55 02

Date de consultation : *29/03/2022*

Nom et prénom du finalade : *AMARA Iliass*

Age : *34 an*

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

gastro entérologie aiguë

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 : *S. El Mouta*

Le : *26/04/2022*

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-701951

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/03/22	262,70

[illegible][illegible]

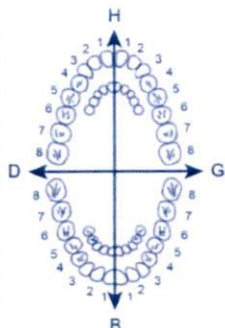
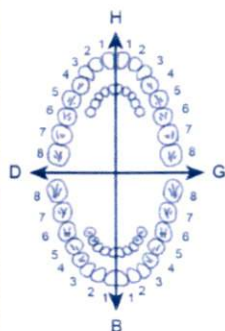
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FREJ Aïda
Spécialiste des maladies
de l'appareil digestif et du foie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancien médecin au CHU Ibn Sina de Rabat

Echographie abdominale
Fibroscope - Coloscopie
Proctologie
Cabinet conseil en Micronutrition



CABINET FREJ

Gastro - Entérologie

Rabat, le 29/03/2022 في الرباط،

الدكتورة فرج عايدة
إختصاصية في أمراض الجهاز
الهضمي و الكبد

د. كلية الطب بالرباط
طبيب سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط
الفحص بالصدى
تنظير المعدة والمعي الفليظ
أمراض الشرج و البواسير
عيادة متخصصة في التغذية الدقيقة

N° AMARA Iliass.

67,50

1) Ares 100.

1 cp x 2 1 jour (mille: repas)

65,10

2) Ultra-Purura

2 gél x 2 1 jour

11,30

3) Vogalène

1 sup x 2 1 jour - 04 jour

98,80

4) Néofortan 160.

1 cp x 2 1 jour - 05 jour

242,70

Dr. FREJ Aïda
Hépat - Gastro - Entérologue
9, rue Al Kharroub, Appt 3, Secteur 16
Hay Riad - Rabat
Tél: 05 37 56 55 02

Résidence Al Jazira N°9, rue Al Kharroub, RDC, Appt 3, Secteur 16 Hay Riad - Rabat

إقامة الجزيرة رقم 9، زنقة الخروب، الطابق الأرضي، شقة 3، قطاع 16، حي الرياض - الرباط

☎ 05 37 56 55 02 ☎ 06 97 68 67 34 ✉ dr.frej.aida@gmail.com

فوتغالين

ميطوبيمازين

5
ملغ

عن طريق الشرج

VOGALENE® 5 mg

10 Suppositoires

تحاميل

10 x



6 118000 081074

مساء
معدة
زوال
مساء

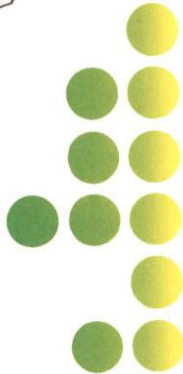
COOPER
PHARMA

LOT: 211609
PER: 10-2024
PPV: 11,30DH

756.174.05.18

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii CNCM I-745



20 gélules
250 mg

BIOCODEX
Maroc



Lot :
مجموعة

Fab :
مصنع

EXP :
صلاح لعاية

808 07 2021 07 2024
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH



ULTRA-LEVURE 250 mg,
20 gélules

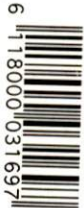
التركيبية: سكاروميسيس بولاردى 250 CNCM I-745 ملغ - لاكثوز - ستيارات
المفيسيوم - جيلاتين - ثنائي اكسيد التيتانيوم (E 171) يُعطى بدون وصفة طبية
تُباع مع بعض الماء.
يجب حفظه في درجة حرارة الجو المحيط (15 - 25 درجة مئوية) ويحفظ بعيداً عن
مراى ومعتاول الأطفال. يجب إتخاذ احتياطات خاصة لدى المرضى الذين
يستعملون قسطرة وريدية (انظر النشرة) سواغ ذو تأثير معلوم: لاكثوز كفيضة طريق
التعاطي: اقرأ النشرة قبل الاستعمال

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° 62 DMP/21

NEOFORTAN®
COMPOSANTS
10 comprimés 160 mg



6 118000 031697

NEOFORTAN
للإسبوعين

مضاد للتشنجات العضلية لانسداد إبرة قسطرة - 21 - زينة الأوداية - الدار البيضاء 100 ألف
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ARRÊTÉ DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

9

ملغم 160

10 أقراص

فستارة

للأسبوعين
NEOFORTAN

للرورچلوسينول

نيوفورتان®

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 10/2024
LOT 18030 9