

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

- 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

par
Courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12637

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMARA ILIASS

Date de naissance : 11/02/1988

Adresse : Ryad Oed DIAA Residco Cedres 5m 13

Apt 06 Témara

Tél. : 0613761406

Total des frais engagés : 542,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. FREJ AIDA
Hépato - Gastro - Entérologue
9, Rue Al Kharroub, App.3, Secteur 16
Hay Riad - Rabat
05 27 56 55 02

Date de consultation : 29/03/2022

Nom et prénom du malade : AMARA Ilian Age : 34 an

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 26/04/2022

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).

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
29/3/2012	cf		300 DH	INP
				DR. FREY
				Castro
				Group Appl.3
				Riad
				27/3/2012
				118035

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.03.92	2.42,72

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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"/>									
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552												
00000000	00000000												
<hr/>	<hr/>												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				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

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
 Fibroscopie - Coloscopie
 Proctologie
 Cabinet conseil en Micronutrition



CABINET FREJ
 Gastro - Entérologie

Rabat, le 29/03/2022 الرباط, في

الدكتورة فرج عايدة
اختصاصية في أمراض الجهاز
الهضمي والكبد

كلية الطب بالرباط
 طب ساقدة بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

الفحص بالصدى

تنظير المعدة والم幽門 القليط

أمراض الشرج وال بواسير

عيادة متخصصة في التغذية الدقيقة

67,50

1) Ares 800

1 cp x 2 1 jour

65,10

2) Ultra-ferrure

2 gel x 2 1 jour

11,30

3) Vogalene

98,80 1 napp x 2 1 jour - 04 jours

4) Neofortan 160

1 cp eff x 2 1 jour - 05 jours

262,70

Dr. FREJ Aïda
 Hépato - Gastro - Entérologue
 Kharroub, App.3, Secteur 16
 Résidence Al Jazira Hay Riad - Rabat

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

ڦوگالئين

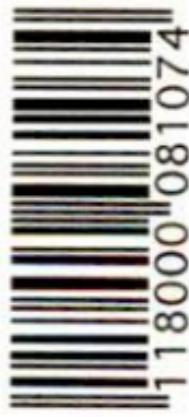
ميطروبيمازين

5
ملبغ
عن طريق
اللثاج

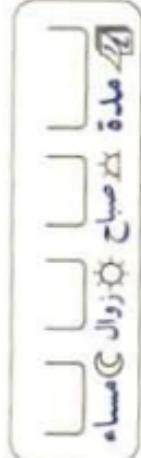
VOGALENE® 5 mg

10 Suppositoires

تحاميل
10 x



6 18000 081074



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

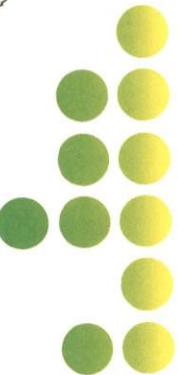
756.174.05.18

COOPER
PHARMA

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii

CNCM I-745



20
Gélules
250 mg



BIOCODEX®
M A R O C

Lot :
مجموع

Fab :
صنع

EXP :
 صالح لغاية

808 07 2021 07 2024
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH

6 180001 310159
02 018000 000000000000
01 018000 000000000000
00 018000 000000000000

رسالة في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° 62 DMP/21

卷之二

مختبر المصادر الطبيعية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

~~١٦٠ ملغم~~

فیلوروجلورسینول

10

11
LAROMANT

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 10/2024
LOT 18030 9