

## 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

- 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

M22- 0005456 143239

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000371 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Frej Abderrahim  
Date de naissance : 01-01-1936  
Adresse : 6 Bis Rue Oujda Appt 04 Hassan Rabat  
Tél. : 0662 17 42 81 Total des frais engagés : 563,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du 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  
Date de consultation : 21 DEC. 2022  
Nom et prénom du malade : FREJ ABDERRAHIM Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Digestive  
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 : Rabat Le : 02/01/2023  
Signature de l'adhérent(e) : Frej

### 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 Honoraires
21 DEC 2022	Ce	01	300	Dr. Amis SALAH Spécialiste des Maladies de l'Appareil Dentaire 36, Rue Joriss Al AKDA, Appt. N° 1, Hassan. Rabat - Tél.: 06 37 73 73 28 NPE : 131017485

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chenier Rabat Sari Au Rue de Tunis Hassan-Rabat Tél: 0637 20 15 39	21/12/22	263160

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

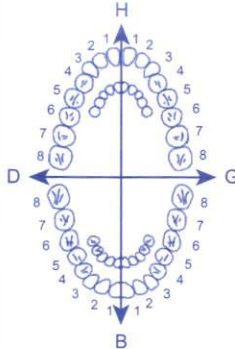
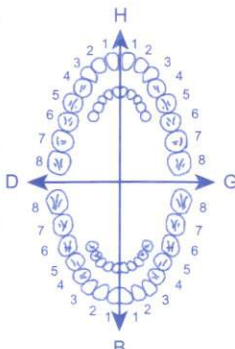
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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 Anis BALAFREJ

Spécialiste de Maladies

de l'appareil Digestif

(foies-Estomac-Intestins-Hémorroïdes)

Endoscopie digestive

Ancien Maître Assistant en Médecine

Interne au C.H.U Ibn Sina - Rabat

Sur Rendez - Vous

INP : 131017485

بالميعاد

Rabat, le 21 DEC 2022 الرباط في

FREJ Abderrahime

1/ ZOEGAS 40

215,00

1 gélule avant et  
après 1/2 H avant repas

2/ GAVISCON 1 cas x 3 J

263,00

1 gélule après repas

36, Rue Idriss Al Akbar, APP N° 1,  
1<sup>er</sup> étage, Hassan - RABAT

(Tramway : Ligne 1 & 2, Station Tour Hassan)

Tél : 05 37 73 73 28

Fax : 05 37 73 73 29

E-mail : anisbalafrej@hotmail.com

الدكتور أنيس بلافريج

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-المعدة-الأمعاء والبواسير

الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

أستاذ مساعد سابقا في الأمراض الباطنية

بالمركز الجامعي ابن سينا - الرباط

Dr. ANIS BALAFREJ  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
36, Rue Idriss Al Akbar, APP. N° 1,  
1<sup>er</sup> étage, Hassan - Rabat  
Tél.: 05 37 73 73 28

36, زنقة مولاي إدريس الأكبر شقة 1،  
الطابق الأول، حسان الرباط  
(طرامواي الخط الأول، 1 و 2 محطة صومعة حسان)

الهاتف : 05 37 73 73 28

الفاكس : 05 37 73 73 29

LOT 221252  
EXP 04/2024  
PPV 215.00DH

40 mg  
Voie Orale  
Oral route



**ZEGAS<sup>®</sup>**  
Esomeprazole

28 x 

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

*le matin*

	MORNI MATTIN	NOON MIDI	EVEN SOIR
DURATION DUREE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **COOPER**  
PHARMA

غافيسكون مزيج معلق للشرب في قارورة سعة

150 مل

التركيبة:

الجينات الصوديوم 10 غ

بيكربونات البوتاسيوم 2 غ

السواغات: كل كل جرعة واحدة من 100 مل

قائمة السواغات ذات

التأثير الملحوظ:

بار هيدروكسيبتزوات

المثيل و البروبيل.

دواعي الإستعمال:

يوفر غافيسكون

أدفاكس تغطية سريعة

تدوم طويلا ضد حرقة

المعدة و عسر الهضم.

طريقة الإستعمال:

عن طريق الفم.

6

118001151462

Soulever ici.  
Ne pas enlever.

e 150ml

خالى من السكر

DISPONIBLE EN PHARMACIE  
UNIQUEMENT

غافيسكون ادفاكس

GAVISCON



ADVANCE

GOÛT ANIS

SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

• Brûlures d'estomac & indigestion • حرقة المعدة وعسر الهضم

• Formule extra puissante • تركيبة بقوة اضافية

• Effet Longue Durée • تدوم طويلا

نكهة الينسون

يحرك جيدا قبل الشرب.

لا تتركوه في متناول الأطفال.

يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.

لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر بعد الفتح.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de license 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° 08R1/2020 DMP/21/NRQd

PPV: 48 DH 40

BN ADK197

DOM 02/2022

EXP 02/2024

3122756