

## 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 : pe@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° W21-645994

CR

<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)	Autre : 202682	
Nom & Prénom : EL HAJJI RAFFA			
Date de naissance : 14-4-62			
Adresse : Sidi S, Résidence Trans Publics APT 2 JDD			
Tél. : 0663721741 Total des frais engagés : 959,90 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Amina OUZZIF Hépato-Gastro Entérologue Proctologue Av. Al Massira, N°1036, Appt. N°2 CYM-Rabat Tél.. 05 37 79 03 33 - GSM : 06 63 42 96 04 INP : 091089821 M 13 AVR. 2024			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01/02/24 R ACCUEIL			
Nom et prénom du malade : El Hajji Raffae Age:			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : PRO + epiphystalgie			
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) : ER

Le : 01/02/24

Dr. Amina OUZZIF

Hépato-Gastro Entérologue

Proctologue

Av. Al Massira, N°1036, Appt. N°2 CYM-Rabat

Tel.. 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 :	



# 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 التظير الداخلي : كلية الطب مرسيليا

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

215,00 215,00

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

Dr. Amina OUZZIF  
Hépato-Gastro-Entérologue  
Proctologue  
Av. Al Massira, N°1036, Appt. N°2, CYM-Rabat  
Tél.. 05 37 79 03 33 - GSM : 06 03 42 96 04  
INP : 091089821

شارع المسيرة رقم 1036 ش. رقم 2 (قرب المركز التجاري المنان) هي قرية المصوّر - الرباط  
Avenue Al Massira N° 1036, Appt. N°2 (A Côté du Complexe Al Manal) C.Y.M - RABAT  
Tél. : 0663 42 96 04 / 0537 79 03 33  
الهاتف : 0663 42 96 04  
E-mail : cuzzifa@yahoo.fr

**Oxantin®**  
À base d'actifs naturels

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :

PPC : 79,95 DH

LOT : 230632  
PER : 08/2026

x 2 btl

LOT : 231110  
EXP : 03/2025  
PPV : 215.00 DH

LOT 231110  
EXP 03/2025  
PPV 215.00DH

**uxantum**

A base d'actifs naturels

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :

PPC : 79,95 DH

LOT:230632  
PER:08/2026



LOT 230925  
EXP 02/2025  
PPV 215.00 DH

# REFLUXAID®

## Sirop anti-reflux



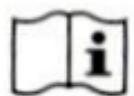
PROMOPLUS  
HARMA

ition :

de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula Extrait 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 les repas et au coucher. Enfants de moins de 12 ans : 1 demi-dose.



# REFLUXAID®

## Sirop anti-reflux



Fabriqué par :

• Pharcomed S.r.l. - Via Soncino, 9 - 24050 Torre Pallavicina (BG) - Italie

Distribué par :

Promoplus Pharma - Hay Raja 2 N° 100 BP 401 Had Soualem - Maroc

Sirop 250 ml / 8.4 fl. oz. e

Dispositif médical



1370

LOT

23125



2026/0