

# 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

M22- 0052923

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10330 Société : 157849  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENDADUD KHALID  
 Date de naissance : 22/11/1974  
 Adresse : N° 106 - Rue 46 - Hay 07 / ABD EL LAH - COCA  
 Tél. : (06) 62-18-58-58 Total des frais engagés : 926,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 17/4/2023  
 Nom et prénom du malade : BENDADUD Khalid Age : 48  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique  
 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 : COCA Le : 18/04/23  
 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
14-4-23	G		4000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie CHEIKH SAHIL 2 AV AL QODS CASABLANCA 0663 43 37 47- FIX 0308 51 16	27/04/23	276,60

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

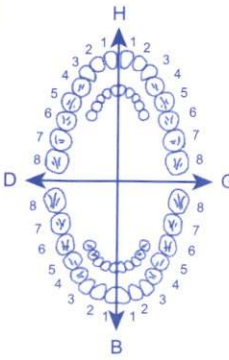
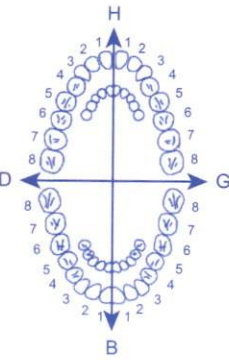
[REDACTED]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DR. MY Abdelmajid AREZDI

Hépto-gastro-entérologie-proctologie

Echographie-endoscopie digestive

Proctologie Médico-chirurgicale

du en Homéopathie

Diplômé de la faculté de Médecine de Rabat

**PRODEFEN**  
Complément alimentaire

Lot :

Date de Fab :

123724

Date de Pér :

02.2022

PPC : 99 Dhs

01.2024

Casablanca, le 17/04/2023

**Mr BEN DAOUD Khalid**

**PRODEFEN SACHETS**

1 SACHET AVANT DEJEUNER , pendant 6 semaines

**SUPPOSITOIRES ANTI HEMORROIDAIRE CASSENE**

1 SUPPO 2 FOIS PAR JOUR 1 MOIS , puis 1 APPLICATION PAR JOUR , pendant 1 mois

**LIDOCAINE GEL**

1 APPLICATION LE MATIN

**ADDAX CREME**

APPLICATION LE SOIR , pendant 2 mois

EMULSION REPARATRICE

LOT : PF2301015

EXP: 12/2025

PPC: 187.00DH

الدكتور مولاي عبد المجيد أرزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد - المعدة - الأمعاء

أمراض وجراحة الشرج

الفحص بالصدى والمنظار

دبلوم جامعي في المعالجة بالأميوباتي

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس قسم الطب بمستشفى السقاط سابقا

**LIDOCAINE VISQUEUSE  
LAPROPHAN®**

PPV 452011000045  
EXP 12/2025  
LOT 01/2024

**GEL ORAL POUR  
ANESTHESIE DE CONTACT**

ضد البواسير كاسين

6 تحاميل

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

14,50

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL

Dr DIANI Abdelfatah

N°600 LOTS HAMFA 2 AV AL QODS

AIN CHOCK - CASABLANCA

GSM 0663 43 37 47- FIX 0808 57 16 66

1, Rés. Riyad Al Qods, 2<sup>ème</sup> Etg  
N°3 Bd, Al Qods - Casablanca  
Angle Boulevard Haifa  
(En face d'école bab andalous)

05 22 52 36 36  
06 13 13 00 16

1, إقامة رياض القدس الطابق 2  
رقم 3 شارع القدس - البيضاء  
تقاطع شارع حيفا  
(أمام مدارس باب الأندلس)



# DR. MY Abdelmajid AREZDI

Hépto-gastro-entérologue-proctologue

Echographie-endoscopie digestive

Proctologie Médico-chirurgicale

du en Homéopathie

Diplômé de la faculté de Médecine de Rabat

Ex médecin chef de service de médecine  
de l'hôpital Sekkat

# الدكتور مولاي عبد المجيد أرزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد - المعدة - الأمعاء

أمراض وجراحة الشرج

الفحص بالصدى والمنتظار

دبلوم جامعي في المعالجة بالأمبوباتي

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس قسم الطب بمستشفى السكاك سابقا

17/04/2023

**Mr BEN DAOUD Khalid**

## NOTE D'HONORAIRE

Actes	Montant
ECHOGRAPHIE	350,00
<b>Total :</b>	<b>350,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

**TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS**

1, Rés. Riyad Al Qods, 2<sup>ème</sup> Etg  
N°3 Bd, Al Qods - Casablanca  
Angle Boulevard Haifa  
(En face d'école bab andalous)



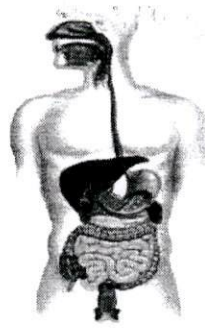
05 22 52 36 36  
06 13 13 00 16

DR AREZDI Moulaj  
Hépto-gastro-entérologue  
N°3 Bd Al Qods - Casablanca  
Angle Boulevard Haifa  
Tél: 05 22 52 36 36  
Mél: 06 13 13 00 16

1. إقامة رياض القدس الصاق  
رقم 3 شارع القدس - البيضاء  
تقاطع شارع حيفا  
(أمام مدارس باب الأندلس)

## Dr. MY Abdelmajid AREZDI

Spécialité en Hépatogastro-entérologie  
(Maladies du foie, estomac, intestin, proctologie)  
Echographie-endoscopie digestive  
Déplômé de la Faculté de Médecine de Rabat  
DU de Proctologie Médicale et Chirurgicale  
DU en Homéopathie  
Ex Médecin Chef du Service de Médecine  
à l'Hôpital M. sekkat, Casablanca



## الدكتور مولاي عبد المجيد أرزدي

أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي  
(أمراض الكبد، المعدة، الأمعاء والشرج)  
الضحص بالصدى - الضحص بالمنظار  
حاصل على شهادة كلية الطب بالرباط  
دبلوم جامعي في أمراض وجراحة الشرج  
دبلوم جامعي في الأوبىباتي  
رئيس قسم مصلحة الطب بمستشفى  
محمد السقاظ - الدار البيضاء

Csasblanca, le 17/04/2023

### Echographie abdominale

Mr BEN DAOUD Khalid

#### Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers

Veine porte de calibre normal. Veines sushépatiques libres.

Vésicule biliaire NON LITHIASIQUE à paroi fine  
Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.

Pancréas de taille et d'échostructure normale .

Rate de taille normale  
reins de taille normale et bien différenciés lithiase rénale gche 1 cm  
nb gaz digestifs surtout colique gche

#### Conclusion

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE TROUVE ASPECT D ANGIOME FOIE DRT +LITHIASSE  
RENALE GCHE SANS RETENTISSEMENT + GAZ DIGESTIFS

Dr AREZDI Moulay Abdelmajid  
Hépatogastro-entérologue Proctologue  
Rés. Riyad Al Qods - Casablanca  
N° 3, Bd Al Qods - angle Bd Haifa (1<sup>er</sup> étage)  
Tél: 05 22 52 36 36 / 06 13 13 00 16  
INPE: 09152439

## Rapport image ultrason.

### Patient

N°  
Nom  
D. naissance  
Sexe

17042023-135558  
BEN DAOUD, KHALID

### Exam

N° d'accès  
Dte exam.  
Description  
Opérateur

