

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

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



N°D
14568

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013185

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2528 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHATOUI Baichta Date de naissance : 01.01.2019
Adresse : Ain Chock Ard El Kheir Rue 8 N°9 Casa.
Tél. : 06 04 8052 07 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr AREZDI Mouley Abdelmajid
Hépat - Gastro Entérologue - Proctologue
Rés. Ryad Al Qods, GH03, Imm 1, 2c Etg
N° 3, Bd Al Qods - (Angle Bd Haifa)
Ain Chock - CASABLANCA
Tél. 0322 32 26 36 / 06 13 13 00 16
Date de consultation : 19 DEC 2019
Nom et prénom du malade : CHATOUI Baichta Age : 71 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection gastro-intestinale
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 : CASABLANCA Le : 19 / 12 / 2019
Signature de l'adhérent(e) :

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 Règlement des Actes
15/12/19	C.S.		Contrôle	

Dr AREZDI Moulay Abdelmajid
 Hépato - Gastro Entérologue - Proctologue
 Rés. Ryad Al Oud - 1^{er} Angle Bd Hanfa)
 N° 3. Bd Al Oud - CASABLANCA
 Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.12.2019	98,0H
	19.12.2019	53,29 Euro

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		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

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 ارزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد . المعدة . الأمعاء

أمراض وجراحة الشرج

الفحص بالصدى والمنظار

دبلوم جامعي في المعالجة بالأوميوباتي

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس قسم الطب بمستشفى السقاط سابقا

Casablanca, le 19/12/2019

Mr CHATOUI Bouchta

BELMAZOL 20 MG

1 GELULE 2 FOIS PAR JOUR AVANT
semaines

PYLERA CAPSULES

3CAPSULES 4 FOIS PAR JOUR APRES REPAS , pendant 10
jours

PYLERA®
140 mg/125 mg/125 mg.



PC: 03400921804201
LOT: 196275A
EXP: 02/2022
SN: 349102269118

Dr. MY Abdelmajid AREZDI
Hépto - Gastro - Entérologue - Proctologue
Rés. Riyad Al Qods, GH03, Imm 1, 2e Etg
N° 3, Bd Al Qods - (Angle Bd Haifa)
ATN Chock - CASABLANCA
Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

Rés. Riyad Al Qods, GH03

Imm. 1, 2ème Etg N°3

BD, Al Qods - (Angle Bd Haifa)



05 22 52 36 36

06 13 13 00 16

1 إقامة رياض القدس الطابق 2

رقم 3 شارع القدس

تقاطع شارع حيفا