

## 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

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 - Avenue Hassan II - 20000 Casablanca - Maroc - Tél : 05 22 20 12 00 - Fax : 05 22 20 12 01 - www.mupras.ma



## Déclaration de Maladie

N° W19-495150

N° D  
14570

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2528

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

CHATOUI Bouchta

Date de naissance :

01 01 1948

Adresse :

Ain chocke Ard El Kheir Rue 8 N° 9 CASA

Tél. :

06 04 80 52 07 Total des frais engagés 53,29 EURO + 98,00 DH DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AREZDI Moulay Abdellmajid  
Hépato - Gastro Entérologue - Proctologue  
Rés. Ryad Al Qods, GH03 - 3ème ét., 2e Etg  
N° 3, Bd Al Qods - ( Angle Bd Haïfa )

Date de consultation :

25.11.2018

Nom et prénom du malade :

EL HACI IMI HALIMA

Age : 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection phasée

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

Signature de l'adhérent(e) :

30/11/2019

AL BOUAFIA 20/11/2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25.11.2019 G    |                  |                       |                                 | <i>cachet</i>  |
| 19.12.2019 G    |                  |                       |                                 | <i>cachet</i>  |

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| DR VICTOR HUGO   |            |                       |
| Dr VICTOR HUGO<br>5 Rue Victor Hugo<br>92230 GENNEVILLIERS<br>R.C.S. 832 793 459 Nanterre<br>CPAM 0922019587 | 13/12/19   | 53,29 € Euro          |
|  | 19.12.2019 | 98,00 DH              |

**ANALYSES - RADIographies**

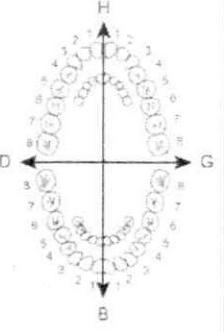
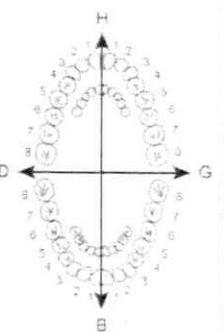
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre      | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|-------------|---------------------------------|
|                                  |                | AM PC IM IV |                                 |
|                                  |                |             |                                 |
|                                  |                |             |                                 |
|                                  |                |             |                                 |

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

|   |  |
|---|--|
| <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  |  |
| <b>MONTANTS DES SOINS</b>   |  |
| <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  |  |
| <b>FIN D'EXECUTION</b>  |  |
| <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  |  |
| <b>MONTANTS DES SOINS</b>   |  |
| <b>DATE DU DEVIS</b>  |  |
| <b>DATE DE L'EXECUTION</b>  |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>                                     |
|            |  |
| H<br>25523412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | H<br>21433582<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433353                               |
| B   | B  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>                                      |  |

**DR. M<sup>me</sup> Abdelmajid AREZDI**

Hépato-gastro-entérologue-proctologue  
 Echographie-endoscopie digestive  
 Proctologie Médico-chirurgicale  
 Du en Homéopathie  
 Diplomé 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  
 أمر. الكبد . المعدة . الأمعاء  
 أمراض وجراحة الشرج  
 الشخص بالصدى والمنظار  
 دبلوم جامعي في المعالجة بالميوباتي  
 خريج كلية الطب بالرباط  
 رئيس قسم الطب بمستشفى السقاط سابقا

# DIGESTIVE CARE

Casablanca, le 25/11/2019

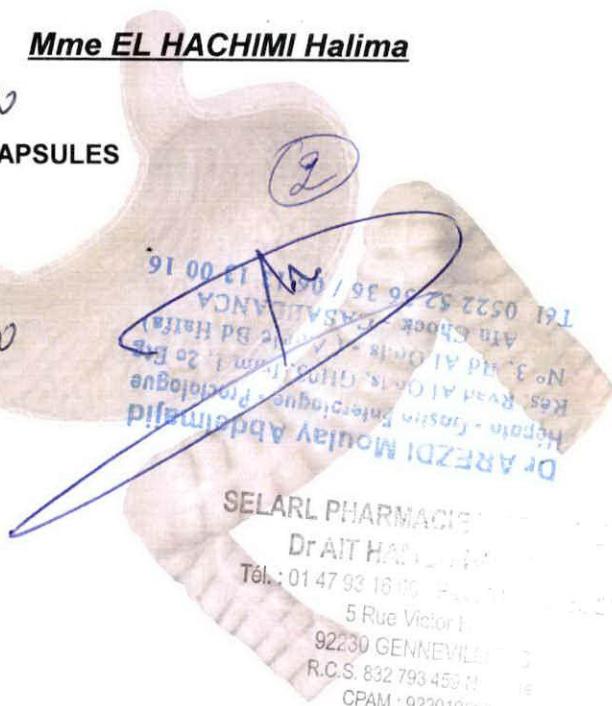
**Mme EL HACHIMI Halima**

53,29 EUR

**PYLERA CAPSULES**

1 BOITE

53,29 EUR



Rés. Riyad Al Qods, GH03  
 Imm. 1,2ème Etg N°3  
 BD, Al Qods - (Angle Bd Haifa)  
 En face des écoles Bab Al Andalousse

05 22 52 36 36  
 06 13 13 00 16

1 إقامة رياض القدس الطابق 2  
 رقم 3 شارع القدس  
 تقاطع شارع حيفاء  
 أمام مدارس باب الأندلس

**DR. MY Abdelmajid AREZDI**

Hépato-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

# DIGESTIVE CARE

الدكتور مولاي عبد العزيز ارزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد . المعدة . الأمعاء

أمراض وجراحة الشرج

الشخص بالطبيه والمنظار

دبلوم جامعي في المعالجة بالأدوية

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس قسم الطب بمستشفى السقاط سابقا

Casablanca, le 19/12/2019

Mme EL HACHIMI Halima

98.00

**BELMAZOL 20 MG**

1 GELULE 2 FOIS PAR JOUR AVANT REPAS pendant 6 semaines

**PYLEREA CAPSULES**

3CAPSULES 4 FOIS PAR JOUR APRES REPAS pendant 10 jours

**PYLEREA**  
140 mg/125 mg/125 mg

PC: 03400921804201  
LOT: 196275A  
EXP: 02/2022  
SN - 185872148926

98.00

Dr. AREZDI My Abdelmajid  
Hépato-gastro-entérologue  
Rés. Riyad Al Qods, N°3, Bd Al Qods, Casablanca  
Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

Dr. AREZDI My Abdelmajid  
PHARMACEUTIQUE  
Rue 300, N° 58 - Ain Chock  
Hôpital Me Sekkat - Casablanca  
Tél: 03 22 21 73 61

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

إقامة رياض القدس الطابق 2  
رقم 3 شارع القدس  
تقاطع شارع حيفا

joindre la prescription  
sauf si renouvellement**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

758330

date J J M M A A 13122019

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)****PERSONNE RECEVANT les SOINS** (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur*)

nom et prénom EL HACHIMI Halima

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A 1

**ASSURE(E)** (*à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR****PHARMACIE AIT HAMOU**  
AIT HAMOU Houcine

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNÉ

**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**5 R VICTOR HUGO  
PHARMACIE VICTOR HUGO SELARL  
SELARL PHIE VICTOR HUGO  
05, rue Victor Hugo  
92230 GENNEVILLIERS  
92230 GENNEVILLIERS  
Tél 01 47 93 16 06

=&gt; 92 2 01956 7 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom ETRANGER Medecin

raison sociale

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINES ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

25112019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

**XXMALADIE** (*si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante*)**SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**  
(cf. la notice au verso : § précédé de "..."  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES**

tarification détaillée

| Prest | CIP/Ref.      | LPP(Ut) | Homeo Decon- | Qte     | PV    | Mt Fact | Libelle               | Nb btes Mod. | Indic.       | Date      | Date    |
|-------|---------------|---------|--------------|---------|-------|---------|-----------------------|--------------|--------------|-----------|---------|
|       |               |         | c. lab       | dition. |       |         |                       | utili.       | presc Subst. | debut loc | fin loc |
| PH7   | 3400921804201 |         |              | 1       | 51,76 | 51,76   | PYLERA140MG/125/125MG |              |              |           |         |
| HD7   |               |         |              | 1       | 1,02  | 1,02    | Honor. dispens. HD7   |              |              |           |         |
| HDR   |               |         |              | 1       | 0,51  | 0,51    | Honor. dispens. HDR   |              |              |           |         |

**Imprimer les codes à barres****ou coller les étiquettes de la liste****des produits et prestations****dans l'ordre de la prescription****PAIEMENT****SELONANT TOTAL**  
en euros

5 3 SELARL Pi

Dr AIT HAMOU Houcine

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Tél : 01 47 93 16 06 - Fax : 01 47 93 21

Tél : 01 47 93 16 06 - Fax : 01 47 93 21

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

5 Rue Victor Hugo

5 Rue Victor Hugo

signature du pharmacien  
ou du fournisseurAIT HAMOU Houcine  
RUE DE LA REPUBLIQUE  
CPAM : 922019567signature de  
l'assuré(e)92230 GENNEVILLIERS  
R.C.S. 832 793 451 N 46  
CPAM : 922019567impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.