

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-687928

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09394 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Addou Idrissi Yousef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dh\$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BEN ADDOU Youssef Age : 52

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique et procto

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 : Casa Le : 10/04/2022

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 Paiement des Actes
07/03/22	C		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL JALOUA Nadia ZEMMAMA Avenue du Prince Résidence 7-3-222 Casablanca - Tél.: 05 22 22 22 22	07/03/22	154116
	07/03/22	160,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
7-3-222	7-3-222	Amelioré R5	12000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

DR. MY Abdelmajid AREZDI

AXIMYCINE® 24 comprimés dispersibles

PPV 96DH80

LOT 180593

EXP 09/2023

AXIMYCINE® 24 comprimés dispersibles

PPV 96DH80

LOT 180592

EXP 09/2023

رئيس قسم الطب بمستشفى السقاط سليف

Casablanca, le 07/03/2022

Mr BENADDOU Youssef

PPV: 113 DH 70

PPV: 113 DH 70

RANCIPHEX 20MG

1 comprimé 2 fois par jour avant repas, pendant 6 semaines

BIOTOMAC GELULES

1 GELULE 2 FOIS PAR JOUR AVANT REPAS, pendant 15 jours

AXIMYCINE 1G CP DISPERSIBLE

1 comprimé 3 fois par jour après repas, pendant 14 jours

CLARIL 500 MG

1CP 2FOIS PAR JOUR APRES REPAS, pendant 14 jours

ZYRDOL 500MG

1CP 2FOIS PAR JOUR APRES REPAS, pendant 14 jours

PROCTANOL SUPPOSITOIRES

PPC:73,50Dhs

PPC:73,50Dhs SUPPO PAR JOUR, pendant 1 mois

ADDAX CREME

1 APPLICATION PAR JOUR, pendant 1 mois

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV: 160.00 DH
6 118000 191001

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV: 160.00 DH
6 118000 191001

EMULSION REPARATRICE
LOT: 30001
EXP: 01/2025
PPC: 187.00DH

22 52 36 36
3 13 00 16

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00

EXP 08/2024

LOT 16093 1

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV: 160.00 DH
6 118000 191001

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés
EXP 08/2024
LOT 16093 1
PPV 29DH00

PROCTANOL

Pour traiter les hémorroïdes



Ranciphex
Rabéprazole sodique

28 Comprimés
gastro-résistants

20 mg

RANCIPHEX 20 mg

Vie orale



Ranciphex
Rabéprazole sodique

28 Comprimés
gastro-résistants

20 mg



Ranciphex
Rabéprazole sodique

28 Comprimés
gastro-résistants

20 mg

PROCTANOL

Pour traiter les hémorroïdes



ADDAX

Peaux abîmées
(érafures)

Emulsion réparatrice

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

DIGESTIVE
CARE

الدكتور مولاي عبد المجيد أرزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد - المعدة - الأمعاء

أمراض وجراحة الشرج

الفحص بالصدى والمنظار

دبلوم جامعي في المعالجة بالأمويباتي

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس قسم الطب بمستشفى السقاط سابقاً

07/03/2022

Mr BENADDOU Youssef

NOTE D'HONORAIRE

Actes	Montant
Anuscopie	100,00
Total :	100,00

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

CENT DIRHAMS

1, Rés. Riyad Al Qods, 2ème 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
رقم 3 شارع القدس - البيضاء
تقاطع شارع حيفاء
(إمام مدارس باب الاندلس)

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

DIGESTIVE
CARE

الدكتور مولاي عبد المجيد أرزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي
أمراض الكبد - المعدة - الأمعاء
أمراض وجراحة الشرج
الفحص بالصدى والمنظار
دبلوم جامعي في المعالجة بالأمبوباتي
خريج كلية الطب بالرباط
رئيس قسم الطب بمستشفى السكاك سابقاً

07/03/2022

COMPTE RENDU ANUSCOPIE

Mr BENADDOU Youssef

Examen

INSPECTION : FISSURE POST EN COURS DE GUERISON

TOUCHER RECTAL :RAS

ANUSCOPIE :ANITE + HEMORR EN COURONNE CONGESTIVES

Conclusion

FISSURE POST EN COURS DE CICATRISATION +PATH
HEMORROIDAIRE

DR AREZDI Moulay Abdelmajid
Hépto-gastro-entérologue-proctologue
Res. K1 - 100 m de l'avenue 12e Etg
No 3, Bd Al Qods - Casablanca
0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

1, Rés. Riyad Al Qods, 2ème 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, اقامة رياض القدس الطابق 2
رقم 3 شارع القدس - البيضاء
تقاطع شارع حبيضاء
(امام مدارس باب الأندلس)