

## 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

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- 0019881

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5675 Société : 168281  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL FAKIR Mustapha  
 Date de naissance : 05/12/81  
 Adresse :  
 Tél. : 06 62 768 446 Total des frais engagés : Dhs.

### Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 13/07/2023  
 Nom et prénom du malade : EL FAKIR Mustapha Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Coliq. Abdominale  
 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 : Casablanca Le : 13/07/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0019881**

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 :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médical
13/07/23	C.S.		Contrôle	Dr. AREZDINE MEDDAH Hépatogastroentérologue Rég. Ryad Al Qods, GH03 Imm 1, 2e Etg N° 3, Bd Al Qods - (Angle Bd Haifa) Ain Chock - 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
PHARMACIE EL IMAM MALEK Dr. MEDDAH Mourad Rég. Lakemmat, Rue 28, N°54 Casablanca Tél.: 05 22 21 33 13 Fax: 05 61 03 55 03	18/07/23	2524,15 + 259,15 = 2783,30

# 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	

# VOLET ADHERENT

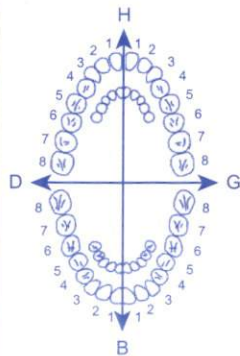
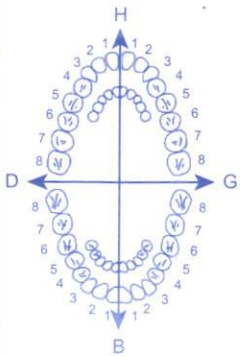
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

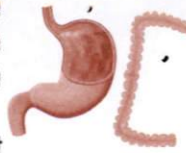
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. My Abdelmajid AREZDI

Hépatogastro-entérologie-proctologie  
Echographie-endoscopie digestive  
Proctologie Médico-chirurgicale  
DU en Homéopathie

Diplômé de la faculté de Médecine de Rabat  
Ex Médecin Chef du Service de Médecine  
à l'Hôpital Sekkat



## 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 السقط سابقا

Casablanca, le 13/07/2023

**Mr EL FAKIR Mustapha**

ICOL CP

1 CP 3 FOIS PAR JOUR AVANT REPAS, pendant 6 semaines

COLISPASM 80 MG ORODISPERSIBLE

1 CP 3 FOIS PAR JOUR AVANT REPAS, pendant 1 mois

DEBRIDAT 200

1 comprimé, 3 fois par jour avant repas, pendant 6 semaines

TIDAZ 500 MG

1 CP 2 FOIS PAR JOUR APRES REPAS, pendant 10 jours

SALCROZINE 500 MG

2CP 3 FOIS PAR JOUR APRES REPAS, pendant 3 mois

CONTINUER RAZON 40 + PROBIOSTIM

1, Rés. Riyad Al Qods, 2<sup>ème</sup> étage

N°3, Bd. Al Qods, Angle Bd. Harfa

(en face d'école Bab Andalouss et Yves rocher)

Casablanca



0522 52 36 36

0613 13 00 16

1, إقامة رياض القدس، الطابق 2

رقم 3، شارع القدس، تقاطع شارع حيفا

(أمام مدارس باب الأندلس وفوق Yves rocher)

الدار البيضاء

UT. AV.: 11 25 P.P.V

LOT N°: GT 6615

LOT: 0230016A  
PER: 03/2026  
PPV: 41DH00

200

UT. AV.: 11 25 P.P.V

LOT N°: GT 6615

LOT: 0210002A  
PER: 06/2024  
PPV: 54DH50

COLISPASM®  
Phosphatid 80 mg P.P.V.: 34,40 Dh  
6 118000 191575

LOT: 0230004A  
PER: 12/2025  
PPV: 41DH00

COLISPASM®  
Phosphatid 80 mg P.P.V.: 34,40 Dh  
6 118000 191575

LOT: 0250715  
AT 200mg  
aprimine pellicules

200

UT. AV.: 11 25 P.P.V  
80 00

LOT N°: GT 6615

COLISPASM®  
Phosphatid 80 mg P.P.V.: 34,40 Dh  
6 118000 191575

LOT: 0250715  
AT 200mg  
aprimine pellicules

200

UT. AV.: 11 25 P.P.V  
80 00

LOT N°: GT 6615

COLISPASM®  
Phosphatid 80 mg P.P.V.: 34,40 Dh  
6 118000 191575

COLISPASM®  
Phosphatid 80 mg P.P.V.: 34,40 Dh  
6 118000 191575

LOT: 0250715  
AT 200mg  
aprimine pellicules

200

UT. AV.: 11 25 P.P.V  
80 00

LOT N°: GT 6615

LOT: 0230002A  
PER: 12/2025  
PPV: 54DH50



PPV: 293,00 DH

BATCH/LOT4206

EXP/PER 10-2026



PPV: 293,00 DH

BATCH/LOT4206

EXP/PER 10-2026



PPV: 293,00 DH

BATCH/LOT4206

EXP/PER 10-2026



PPV: 293,00 DH

BATCH/LOT4206

EXP/PER 10-2026





PPV: 293,00 DH

BATCH/LOT4206

EXP/PER 10-2026



PPV: 293,00 DH

BATCH/LOT4206

EXP/PER 10-2026



*COOPER PHARMA*

*PPC: 259,00 DH*