

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-659668

203306

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8621 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BERBER MOHAMMED
Date de naissance : 09/10/1969
Adresse : NOUACEVE
Tél. : 0668122351 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 Hafsa)
Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/04/2024

Nom et prénom du malade : BERBER Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : proctalgies

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
15/04/24	SR		3000	Dr. AREZDI Moulay Abdelmajid

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL KHAR DIOURI MOHAMMED Bd Taza Hay My Abdelah - Casa Tél : 06 22 21 59 66	15/04/24	1414,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Médecin	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. AREZDI Moulay Abdelmajid Hépat - Gastro Entérologue - Proctologue Rég. Ryad Al Ouds, GH03, Imm. 1, 2c Etg N° 3, Bd Al Ouds - Casablanca Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16	15/04/24	Eliac	3500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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-entérologie-proctologie
Echographie-endoscopie digestive

عبد المجيد أرزدي
عز الجهاز الهضمي
- المعدة - الأمعاء

PPC:73,50Dhs

PPC:73,50Dhs

VEIN UP CRÈME
LOT : 2953F
DLUO : 08/2026
PPC : 69.90 DH
PROMOPHYDIS

VEIN UP
LOT : 158688A
DLUO : 06/2026
PPC : 89.90 DH
PROMOPHYDIS

VEIN UP
LOT : 158688A
DLUO : 06/2026
PPC : 89.90 DH
PROMOPHYDIS

حبة الشرج
دى و
المعالجة بالأ
طب با
شفى السقاط

PPC:73,50Dhs

PPC:73,50Dhs

PPC:73,50Dhs

PPC:73,50Dhs

PPC:73,50Dhs

PPC:73,50Dhs

PPC:73,50Dhs

VEIN UP CRÈME
LOT : 2953F
DLUO : 08/2026
PPC : 69.90 DH
PROMOPHYDIS

Casablanca, le 15/04/2024

Mr BERBER Mohammed

RAZON CP

1 CP AVANT PETIT DEJEUNER , pendant 6 semaines

DIETAZ

2 cuillerées à café, 2 fois par jour après repas , pendant

VEIN UP GELULES

1 GELULE 2 FOIS PAR JOUR , pendant 2 mois

PROCTANOL SUPPOSITOIRES

1 SUPPO 2 FOIS PAR JOUR PENDANT 1 MOIS PUIS 1
PAR JOUR , pendant 1 mois

VEIN UP CREME

1 APP 2 FOIS PAR JOUR PDANT 1 MOIS PUIS 1 APPL
PAR JOUR , pendant 1 mois

TÉMESTA2.5 MG

1/2 comprimé le soir, pendant 6 se

LOT : 24E001
TÉMESTA 1^{MG}
CP SEC B50
P.P.V : 21DH50
6 118000 011569

PHARMACIE
DOCTEUR MOHAMED
3d Tazart
Tél : 07 22 21

NOVOPHARMA
LOT
UT AV
26
PPV
93,40

LOT : 637
PER : 10/26
PPV : 168.20 DH

VEIN UP
LOT : 158688A
DLUO : 06/2026
PPC : 89.90 DH
PROMOPHYDIS

VEIN UP
LOT : 158688A
DLUO : 06/2026
PPC : 89.90 DH
PROMOPHYDIS

LOT 109603/FC11
PER 08/2025
PPC 75.00

LOT 109603/FC11
PER 08/2025
PPC 75.00

الطابق 2
رقم 30
(Yves Rocher أمام مدارس باب الأنجلس وفوق الدار البيضاء)

(en face de Yves)

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

Ex Médecin Chef du Service de Médecine

à 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 بالأميوباتي

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس قسم الطب بمستشفى السقط سابقا

15/04/2024

Mr BERBER Mohammed

NOTE D'HONORAIRE

Actes	Montant
Echographie	350,00
Total :	350,00

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

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Dr AREZDI My Abdelmajid
Hépto - Gastro Entérologue - Proctologue
Rés. Ryad Al Qods, GM03, 1^{er} étage
N° 3, Bd Al Qods - (Angle Bd Haifa)
Ata Chock - CASABLANCA
Tél: 0522 52 36 36 - 0613 13 00 16

1, Rés. Riyad Al Qods, 2^{ème} étage
N°3, Bd. Al Qods, Angle Bd. Haifa
(en face d'école Bab Andalouss et au dessus
de Yves Rocher) - Casablanca

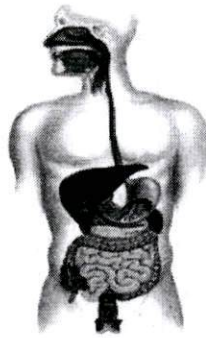


0522 52 36 36
0613 13 00 16

1، إقامة رياض القدس، الطابق 2،
رقم 3، شارع القدس، تقاطع شارع حيفا
(أمام مدارس باب الأندلس وفوق Yves Rocher)
الدار البيضاء

Dr. MY Abdelmajid AREZDI

Spécialite 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)
الضخص بالصدى - الضخص بالمنظار
حاصل على شهادة كلية الطب بالرباط
دبلوم جامعي في أمراض وجراحة الشرج
دبلوم جامعي في الأوبويباتي
رئيس قسم مصلحة الطب بمستشفى
محمد السقاط - الدار البيضاء

Csasblanca, le 15/04/2024

Echographie abdominale

Mr BERBER Mohammed

Indication

CHOLECYSTECTOMIE+EPISODE DE PALUDISME AU PLASMODIUM FALCIPARUM-
PROCTALGIES RECTORRAGIES

Examen

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

Veine porte de calibre normal. Veines sushépatiques libres.

Lit vésiculaire libre

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

nb estomac à paroi fine + gaz digestifs

Conclusion

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE TROUVE CHOLECYSTECTOMIE +GAZ DIGESTIFS

[Handwritten signature and stamp]