

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0011385

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

61698 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4244 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAHRI ABDELKABIR

Date de naissance : 19/07/56

Adresse :

Tél : 06.66.70.89.19 Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MANSOURI Mounir  
Hépatogastro-Entérologie Proctologie  
Médecine - Chirurgicale  
342, Boulevard Panoramique  
Tél : 05 22 52 28 92

Date de consultation : 27/02/2021

Nom et prénom du malade : TAHRI ABDELKABIR Age :

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

Nature de la maladie : Gastro-Intestinal

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 : 27/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : AA-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
27/2/21	Control	6		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27 10 2021	175,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

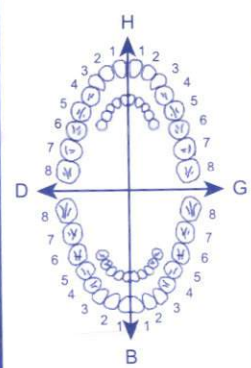
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H                25533412                00000000                D             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                35533411                B             </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU

## Dr Mouna MANSOURI

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins, Obésité  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)  
Fibroscopie, Colonoscopie  
Echographie Abdominale

## الدكتورة منى منصورى

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد، المعدة، المرارة، الأمعاء، السمنة  
أمراض وجراحة المخرج (البواسير)  
الفحص بالمنظار الداخلي  
الفحص بالصدى

Casablanca, le 27 Février 2021 : الدار البيضاء في

Mr. TAHRI Abdelkabar



65,00 1/ REFLUXAID

1 c à s x 3 / j , 1 h après les repas / 10 j

37,10 2/ PERIDYS

1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour avant repas de 15min, 10 jours

73,50 3/ FORLAX SACHETS

1 sachet, matin et soir, 10 jours



Dr. MANSOURI Mouna  
Hépto-Gastro-Entérologie Proctologie  
Médecine - Chirurgicale  
342, Boulevard Panouramique  
Tél.: 05 22 52 28 92

PHARMACIE NICE  
1 Av. Nice Résidence Bouarfah  
RD/1MG N°3 Bourgogne Casablanca  
Tél.: 05 22 94 93 39

رقم 342 ، الطابق الأول ، شارع المنظر العام ، عين الشق، الدار البيضاء  
N° 342, Boulevard Panouramique, Ain Chock, Casablanca  
Tél.: 0522 52 28 92, E-mail : mouna.mansouri77@gmail.com

# REFLUXAID®

Comprimés à croquer<sup>®</sup> anti-reflux  
Sirop anti-reflux  
Sticks anti-reflux

Dans quel cas utiliser REFLUXAID® :

REFLUXAID® est un dispositif médical à usage oral qui, grâce à son action destinée à être utilisée pour limiter les symptômes du reflux gastro-oesophagique.

L'utilisation du produit limite la sensation de brûlure (brûlure d'estomac), de la difficulté à avaler (dysphagie), de la déglutition douloureuse (odorat la toux, et de l'enrouement.

Composition :

**COMPRIMÉS À CROQUER :** Sorbitol, Alginate de Magnésium, Extrait d'Anisum Extrait de Foeniculum Vulgare, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Angustifolia, Extrait de Tilia Platyphyllos, stéarate de magnésium, acés, sucralose, arômes.

**SIROP (BOUTEILLE ET STICKS) :** Alginate de Magnésium, Extrait d'Anisum Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Lavandula, Extrait d'Angustifolia, Extrait de Tilia Platyphyllos, Sucralose, M sodium, p-hydroxybenzoate, p-hydroxybenzoate de propyle sodique, eau démin.

Formes :

Boîte de 24 comprimés à croquer (1 g)

Sirop 250 ml avec doseur

Boîte de 24 sticks de 10 ml

Mode d'emploi :

**COMPRIMÉS À CROQUER :** 1-2 comprimés après les repas et au moment du coucher.

**SIROP (BOUTEILLE ET STICKS) :** agiter avant utilisation. Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans : 10-20 ml ou 1-2 sticks après les repas et au coucher. Enfants de moins de 12 ans : 1 demi-dose.

Contre-indications :

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité connue à un composant.

Avertissements :

Ne pas dépasser la dose recommandée. En cas de réaction indésirable arrêter le traitement et consulter un médecin. Tenir hors de portée et de vue des enfants. Utiliser avant la date d'expiration indiquée sur l'emballage. La présence de substances naturelles peut affecter les caractéristiques organoleptiques du produit (odeur, couleur, goût) sans que cela n'affecte la qualité du produit. Conserver le produit à une température comprise entre 4° C et 30° C.

**Ne contient pas de gluten, de lactose et d'OGM.**



Fabriqué par :

Pharcomed S.r.l. - Via F. Turati, 40 - 20121 Milan - Italie

Site de production :

Farcoderma S.r.l. - Via Soncino, 9 - 24050 Torre Pallavicina (BG) - Italie



Distribué par :

Promoplus Pharma, Hay Raja 2 N°100 BP 401 Had Soualem Maroc.

Dispositif médical  
CE  
1370

118002 080075