

## 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0027116

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2454 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KENFAOUI Abdellah  
 Date de naissance : 14-12-53  
 Adresse : 28, rue Alphonse Huteri  
 Tél. : 0608896208 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouna KENFAOUI  
 Gynécologue Obstétricienne  
 Panorama Bld Abou Bakr El Kadiri Imp. H. Appl  
 Sidi Maerouf - Casablanca  
 Tél: 0522 97 57 07 / 0631 67 79 70  
 091269175

Date de consultation : 15 / 10 / 22  
 Nom et prénom du malade : Kenfaoui Abdellah Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA Chronique  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : HTA  
 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 : 15 / 10 / 22  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0027116

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
15/10/22		cs	général	Dr. Mouna KENFAOUI Gynécologue-Obstétricienne Panorama Biv Abou Bakr El Kadiri Imm II Appl Sidi Maarouf Casablanca Tel: 0522 97 51 07 / 0631 67 79 70 091269175

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANDOEL Mme H.T. EL-ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Té : 0522 38 64 38	15/10/22	435.10

### 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 :

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															
				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>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></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	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 MOUNA KENFAOUI SALTHY

Spécialiste en gynécologie  
obstétrique et fertilité

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca

Ancienne interne des hôpitaux à Paris

SYNTHEMEDIC

22 rue souheir bnou el aouam roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

13916 DMP/21NRQ

P.P.V: 127,70 DH

6

118001

020539



الدكتورة منى كنفراوي الصالحي  
أخصائية في أمراض النساء والتوليد  
و المساعدة الطبية على الإنجاب

خريجة كليات الطب و الصيدلية بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

15/10/22

Mr Kentzoui Abdelhak

SYNTHEMEDIC

22 rue souheir bnou el aouam roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

13916 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH

6 118001

020539

12770 x 2

11 Atacand 8mg cp

1cp 1T 2mois

52,80 21 sedr 20mg cp

1cp 1T pendant 15J

98,90 31 Gaviseon sachet

1sachet 1J

14,00 x 2

41 Rhyzene 1000mg cp

1cp x 3 1J (2seit 8)

435,10

Pharmacie EL ARAUC  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddou  
Tél: 0522 97 57 07

Dr. Mouna KENFAOUI  
Gynécologue Obstétricienne  
Panorama Biv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 Apt  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 0522 97 57 07 / 0631 67 79 70  
091269175

0631677970

0522975707

docteur.kenfaoui@gmail.com

PANORAMA BOULEVARD ABOU BAKR EL KADIRI  
IMM 11 ETAGE 1 APPT 1 SIDI MAAROUF CASABLANCA

بانوراما شارع أبو بكر القادري عمارة 11 الطابق 1 الشقة 1  
سيدي معروف - الدار البيضاء



Soulage les brûlures d'estomac et les remontées acides



غافيسكون

# GAVISCON

ADVANCE

معلق عن طريق الفم في أكياس بنكهة النعناع

**SUSPENSION BUvable  
EN SACHETS GOÛT MENTHE**



بنكهة النعناع GOÛT MENTHE

راحة فعالة من حرقة المعدة  
والحموضة المعوية

*Soulagement efficace des  
brûlures d'estomac et des remontées acides*

**DISPONIBLE UNIQUEMENT EN PHARMACIE**

LOT  
EXP

ADD086  
09/2023

3166531

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 98 DH 90

LOT 211149  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

**OEDES**<sup>®</sup>  
oméprazole



**20 mg**  
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

**14 x**



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



**COOPER**  
PHARMA

**OEDES**<sup>®</sup>  
oméprazole



**20 mg**  
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

**14 x**

# Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg

PPV: 14DH00  
PER: 01/25  
LOT: L370

**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

## MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

**VOIE ORALE.** Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

## POSOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.  
*Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.*

**TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS**

Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

#### INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la 'posologie'.** Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

# Doliprane<sup>®</sup>

## 1000 mg

### PARACÉTAMOL



**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebkha - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

PPV: 14DH00

PER: 01/25

LOT: L370

18x45x97

7

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION