

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.

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.

Maladie chronique :

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

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

N° P19- 057130

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2454 Société : Retraité
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : Kenfaoui, Abdellah
Date de naissance : 10/12/53
Adresse :
Tél. : 068 886208 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mouna KENFAOUI
Gynécologue Obstétricienne
Panorama, Bv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 A
Sidi Maarouf Casablanca
Tél 05 22 97 57 07

Date de consultation : 23/08/2021

Nom et prénom du malade : KENFAOUI Abdellah Age:

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

Nature de la maladie : MIA Changement

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 : Le :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/08/21 | C8 | | C8 | Docteur Mouna KENFAOUI Gynécologue Obstétricienne Panorama, Bv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 Apt 1 Sidi Maarouf, Casablanca Tel: 05 22 97 57 07 INPE 091269175 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd, Abdelatif (ex Kaddour) TAL: 05 22 97 57 07 | 23/08/2021 | 436,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

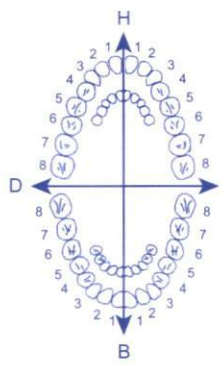
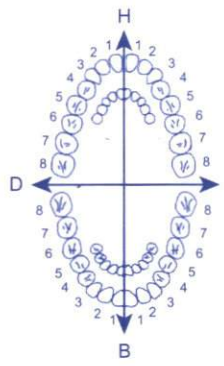
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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

| 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 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 MOUNA KENFAOUI SALTHY

Spécialiste en gynécologie
obstétrique et fertilité

Diplômée de la faculté de médecine
de Casablanca
Ancienne interne des hôpitaux à Paris



الدكتورة منى كنفراوي الصالحي
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
و المساعدة الطبية على الإنجاب
خريجة كليات الطب و الصيدلية بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Docteur Mouna KENFAOUI

Gynécologue Obstétricienne
Panorama, Blv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 Apt 1
Sidi Maarouf Casablanca
Tél 05 22 97 57 07 /

INPE 09126975

23/08/2021

Mr KENFAOUI Abdelhak

1/ ATACAND 8mg cp
127.70 x2

1cp / J (2semaines)

2/ Aerius 5mg cp
120.70

1cp / J (1semaine)

3/ AZ 500mg cp
60.30

436.10

1cp / J (3semaines)

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

AZ[®]

Azithromycine

500 mg

Boîte de 3 comprimés
Voie Orale


GALENICA

Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

 مخبرات غالينكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ[®] 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés



PPV : 60,00 DH


6 118000 190097

45x20x100

3

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



LOT: 080-1
PER: DEC 2021
PPV: 120 DH 70

أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

Composition en substance active :
candésartan cilexetil ... 8 mg
pour un comprimé sécable.

تركيب المادة النشطة :
كانديسارتان سيليكزيل 8 ملغ
لفرص واحد قابل للتقسيم
سواغات ذو تأثير معروف : اللاكتوز

©Astrazeneca 2004-2018
Marques déposées - Propriété de AstraZeneca

[1] 07.16/16.07/VIII/III/AT/08/8AT/AT

بصفة خاصة

أو اتقوا من عدم إعطاء الدواء أو عدم إعطاء الدواء قبل أو بعد تناول الدواء أو بعد تناول الدواء

أو بعد تناول الدواء أو بعد تناول الدواء أو بعد تناول الدواء أو بعد تناول الدواء

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Respecter les doses prescrites

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bno al aouam roches
noires casablanca

ATACAND

8 mg

Bte de 30

13915 DMP / 21 NRQ P.P.V. : 127,70 DH

6 118001 020539

ATACAND + GROSSE:
INTERDIT



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace

N° AMM Maroc / رقم رخصة التسويق في المغرب : 139/16 DN.

N° AMM Tunisie / رقم رخصة التسويق في تونس : 5103075

Tritulaire de l'AMM / صاحب رخصة التسويق

Astrazeneca

Tour Carpe Diem

31 place des Corolles

92400 Courbevoie-France

Fabricant / المصنع
Astrazeneca AB
SE-151 85 Södertälje-Suède

Conditionneur et Libérateur
العقدي و الموزع

AVARA REIMS

PHARMACEUTICAL

SERVICES

Parc Industriel de la Pompelle,
Cherlin de Villiy,
Reims 51100, France

Atacand®

candésartan cilexetil



30 comprimés sécables

8 mg



Fabrique sous licence
Takeda Chemical Industries, Ltd.



Atacand®
candésartan cilexetil

Voie orale

30 comprimés sécables

8 mg



Astrazeneca

