

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

M22- 0027117

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2454 Société : 144051
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ISCENFAOU Abdelilah
 Date de naissance : 14-12-53
 Adresse : 28, rue Nhat Mokri racine
 Tél. 0608896208 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouna KENFAOU
Gynécologue Obstétricienne
Panorama Blv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 Apt
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 97 57 07 / 0661 67 79 70
091269175

Date de consultation : 22/11/22
 Nom et prénom du malade : Karboui Kalija Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : LDD Chronique
 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
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0027117

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

22/11/22		8	gsluts	Dr. Mouna KENFAOUI Gynécologue Obstétricienne Pangrama Bly Apou Bakr El Kadiri Imm II Appl Sidi Maarouf - Casablanca Tél: 0622 97 87 07 / 0631 67 79 70 091269175
----------	--	---	--------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL-ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél: 022-28-54-38	22/11/22	388,50
--	----------	--------

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

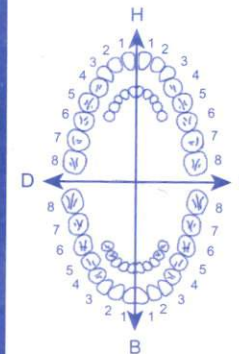
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

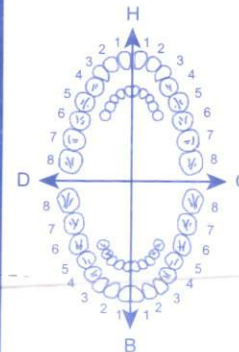
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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، والمتوليد
و المساعدة الطبية على الإنجاب

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

Dr. Mouna KENFAOUI

Gynécologue Obstétricienne

Panorama Blv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 Appl

Sidi Maarout - Casablanca

Tél: 0522 97 57 07 / 0631 67 79 70

091269175

Dr. Mouna KENFAOUI

Gynécologue Obstétricienne

Panorama Blv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 Appl

Sidi Maarout - Casablanca

Tél: 0522 97 57 07 / 0631 67 79 70

091269175

22/11/22

The Baliza Kentenini

96,00 30/10/11 Prazel 20mg cp

1cp / J pendant 5 semaines

15,70 21 Popril 50mg

1cp x 3 J (5J)

26,90 31 Vitamine C 1cp / J 100mg

135,00 41 Accu - Chelk Sanabette

54,40 51 Tobrad x pommade ophtalmique

1Appli x 2 J (7 jours)

10,60 61 Dabstop 1g cp 1cp x 3 J si douleur

0631677970
0522975707

docteur.kenfaoui@gmail.com

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

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
B. Abdelatif Ben Kaddour
Tél: 077-39.54.39

Dr. Mouna KENFAOUI
Gynécologue Obstétricienne

Panorama Blv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 Appl

Sidi Maarout - Casablanca

Tél: 0522 97 57 07 / 0631 67 79 70

091269175

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

Prazol[®] 20^{mg}
Oméprazole

PPV : 30DH00
PER : 12/24
LOT : L1696-5



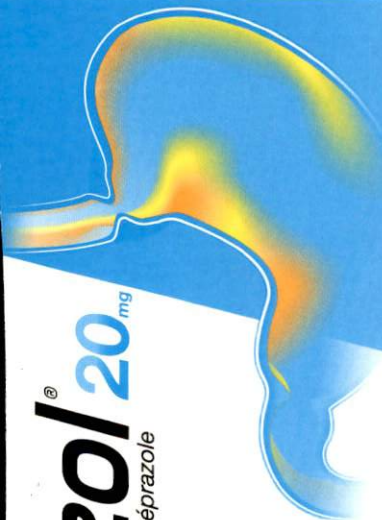
Voie orale

7
gélules

b bottu[®]

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

Microgranules gastro-résistants



Prazol[®] 20^{mg}
Oméprazole



7
gélules

Prazol[®] 20^{mg}

Oméprazole

PPV: 96DH00
PER: 03/24
LOT: K2832-1



28
gélules

Voie orale

b bottu_{sa}

82, Allée des Casuarinas - Air Séda - Casabianca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Micromédex gastroésistants

طوباكسيل

أكسوميمازين 0,33 ملغ/ملل

السعال الجاف

و التهيجي

للبالغين و الأطفال ما فوق سنتين

عن طريق الفم

التركيبة:

أكسوميمازين 0.033 غ
للكل 100 ملل شراب.

سواغات مصروفة التأثير:

ساكروز، صوديوم.

تعليمات علاجية:

ينصح بهذا الدواء للتخفيف من السعال الجاف والسعال التهيجي لدى البالغين والأطفال ما فوق سنتين، خاصة عندما تحدث في المساء أو خلال الليل.

قارورة 150 ملل

احتياطات خاصة الحفظ:

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية بعيدا عن الضوء.
يحفظ لمدة 6 أشهر على الأكثر بعد فتح القارورة لأول مرة.
يجب حفظ الدواء في القارورة الأصلية.
يحفظ بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال.

تعليمات الإستعمال:

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الإستعمال.

PER: 01 2024

LOT: 22E011

TOPLEXIL

SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70



Médicament non soumis à prescription médicale.
يصرف هذا الدواء بدون وصفة طبية.



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Ain Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, Qi-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

Dolostop[®] 1000mg

Paracétamol

Douleurs et fièvre

Adulte

LOT : 3986
PER : 10-25
P.P.V : 10 DH 60


8
comprimés
Voie orale

Dolostop[®]
Paracétamol

1000mg


8 comprimés

Voie orale


PHARMA 5

2022 20
22014A

Lot:
EXP:

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
0,3/0,1%
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



6 118001 070602
690206 MA

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
(Tobramycine - Dexaméthasone)
Tube de 3,5 g et 3,5 g
Voie Ophtalmique
عن طريق العين

Titulaire d'AMM
au Maroc:
صاحب رخصة التسويق

بالعربية:

Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182
Bouskoura-Moroc
Sous licence des
Laboratoires:
Novartis Pharma
Schweiz AG - Suisse
Fabricant:
Alcon-Couvreur N.V.,
Rijksweg 14,
B-2870 Puurs
Belgique
Alcon Cusi, S.A.,
Camií Fabra 58,
08320 El Masnou,
Barcelona, Espagne

Keep protected
Do not contain
any water or other
liquid
لا تتركها مفتوحة مع الماء أو سائل آخر

NE PAS AVALER
RESPECTER LES PRECAUTIONS
PRESCRITES

لا يتلغى
يجب احترام التعليمات
الوصفية

Tableau A (liste I) -
UNIQUEMENT SUR
ORDONNANCE
جدول أ (لائحة 1) -
بصرفه فقط
بعد وصفة طبية

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Conserver le tube à température ambiante (15-25 °C),
hors de la vue et de la portée des enfants.
Jeter 30 jours après la première ouverture du tube.
اقرأ النشرة بدقة قبل الإستعمال.
قم بحفظ أنبوب الدواء في درجة حرارة الغرفة (15-25 درجة مئوية).
بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.
يجب رمي هذا الدواء بعد 30 يوما من تاريخ فتحه الأول.

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
(Tobramycine / Dexaméthasone)
0,3/0,1%

توبرادكس®

مرهم للعين

توبراميسين / ديكساميثازون
%0,1/0,3

NOVARTIS

التركيب:
Composition:
Chaque gramme de TOBRADEX pommade
ophtalmique contient:
Principes actifs:
Tobramycine 0,3 %
Dexaméthasone 0,1 %
Conservateur:
Chlorobutanol 0,5 %
Excipients: Paraffine liquide, vaseline blanche,
بارافين سائل وفازلين أبيض

(01) PPC: 135.00 Dhs

LOT (10) 26050011

2023-09-07

2021-12-08

UDI



أكيو-تشيك
أكثيف

07124155

٢٥

شريط اختبار
اختبار ٥ ثوان



Close/Re-cap container
tightly immediately after
removing strips.

Après prélèvement de la
bandelette réactive, refermer
le tube immédiatement.

ACCU-CHEK®
Active

07124155

(EN) For the determination of blood glucose
Only for Accu-Chek® Active

(FR) Pour la détermination de la glycémie
Seulement pour Accu-Chek® Active

(AR) لقياس مستوى السكر في الدم
يستعمل فقط مع أكيو-تشيك أكثيف

ACCUCHEK هي علامة تجارية تملكها Roche.

روش ديابيتس كير جي إم بي إتش
شارع ساند هوفر ١١٦
٦٨٣٠٥ مانهايم، ألمانيا
www.accu-chek.com

