

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.

M22- 0027117

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2454 .. Société : 144052

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ISSENFAOUI Abdellah

Date de naissance : 16-12-53

Adresse : 28, rue Mohamed Mokri n° 10

Tél. 0608896208 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouna KENFAOUI
Gynécologue Obstétricienne
Panorama Blv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 Appi
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 97 57 07 / 0651 67 79 70
091269175

Date de consultation : 22/11/17

Nom et prénom du malade : Kentouen bahija Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HDP chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : R.A.

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 : 22/11/17

Signature de l'adhérent(e) : 

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 : ...

...
...
...
...

RELEVE 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		88	gstdwG	<p>Dr. Mouna KENFAOUI Gynécologue Obstétricienne Panorama Blu Abou Bakr El Kadiri Imm 11 App 1 Sidi Massoud - Casablanca Tél: 0522 92 87 07 / 0631 67 79 70 091269175</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie EL ANABEL</i> Mme H.F. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél.: 022.28.54.38</p>	22/11/22	368,50

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR MOUNA KENFAOUI SALIHY

Spécialiste en gynécologie
obstétrique et fertilité

Diplômée de la faculté de médecine
de Casablanca

Ancienne interne des hôpitaux à Paris



الدكتورة منى كنفاوي الصالحي

أخصائية في أمراض النساء والمتوليد

و المساعدة الطبية على الإنجاب

خريجة كلية الطب و الصيدلية بالدار البيضاء،

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Dr. Mouna KENFAOUI

Gynécologue Obstétricienne

Panorama Blv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 App1

Sidi Maarouf - Casablanca

Tél: 0522 97 57 07 / 0631 67 79 70

091269175

22/11/22

Dr. Mouna KENFAOUI

Gynécologue Obstétricienne

Panorama Blv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 App1

Sidi Maarouf - Casablanca

Tél: 0522 97 57 07 / 0631 67 79 70

091269175

The Belgian Kenteken

96,00

30,00 11 Prazol 200mg 4

1481T pendant 5 semaines

15,00 21 Robaxil sirop

100ml x 3 1T (55)

26,93 1 Vitamine C 1cp 1T 1000mg

135,00 1 pccm - Chik Sandwiche

54,45 1 Tofibrade x pommeau d'hydrogénage

1App1 x 21T (750ml)

10,60

61 Diflucan 100 mg 1cp x 3 1T si levier

0631677970

0522975707

docteur.kenfaoui@gmail.com

PANORAMA BOULEVARD ABOU BAKR EL KADIRI
IMM 11 ETAGE 1 APP1 SIDI MAAROUF CASABLANCA

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél: 0522-38-54-38

Dr. Mouna KENFAOUI
Gynécologue Obstétricienne

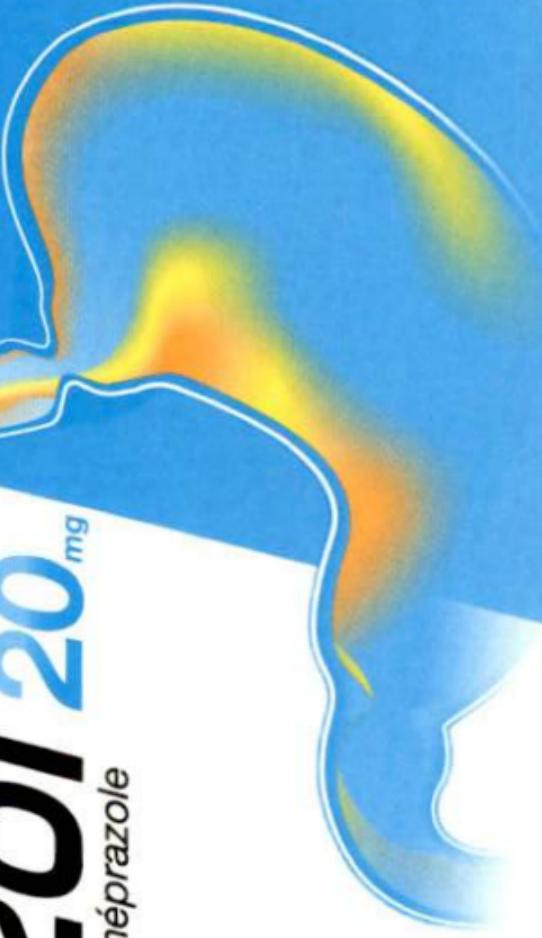
Panorama Blv Abou Bakr El Kadiri Imm 11 App1
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 97 57 07 / 0631 67 79 70
091269175

بانوراما شارع ابو بكر القاضي عطاوه 1 الشقة 1
سيدي معروف - الدار البيضاء

Praziol®
Omeprazole 20 mg

7 gélules

Praziol® 20 mg
Oméprazole



bottu

b

7

Microgranules gastrorésistants

gélules

Voie orale

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

Prazol® 20 mg

Oméprazole

bottU

RD, Allée des Caillères - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

28

gélules

Mis en gélules gastrorésistants

Voie orale

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



احتياطات خاصة الجاف:

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية بعيداً عن الماء.
يحفظ لمدة 6 أشهر على الأكذب بعد فتح القارورة لأول مرة.
يجب حفظ الدواء في القارورة الأصلية.
بعد عدّة أيام من فتح القارورة يجب حفظه بعيداً عن مجرى و متناول الأطفال.

طوبال كابيل

أكسوميهارين 0.033 ملخ/ مل

السعال الجاف و التهيجي

للبالغين و الأطفال ما فوق سن الستين

عن طريق الفم

التركيبة:

أكسوميهارين.....

كل 100 مل شراب.

0.033 غ

سواغات مبروقة الناثير:

ساكنون، صوديوم.

تعليمات علاجية:

يخص بهذا الدواء للتحفيظ من السعال الجاف والسعال التهيجي لدى البالغين والأطفال ما فوق سن الثمانين، خارقة عند ما تحدث في المساء أو خلال الليل.

تعليمات الاستعمال:

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الإستعمال.

PER : 01/2024
10 : 223111
TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V : 15DH70
6 118000 060901



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



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Ain Sebaâ Casablanca.
Laâachen BOUCHAOURI, Pharmacien Responsable.
Nom et adresse du fabricant :
Maphar, Km 10, Route côtière 111, Q-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

قارورة 150 مل

Dolostop®

1000mg

Paracétamol

8 comprimés

Dolostop®
Paracétamol

1000mg

Voie orale

8
comprimés
Voie orale

Douleurs et fièvre

Adulte

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

PHARMACIE 5

02 2024
2214A

Exp:
L01

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



Titulaire d'AMM
au Maroc:
صاحب رخصة التسويق
بالمغرب:
Laboratoires SOTHERMA
BP N° 1, 27182
Bouskoura-Maroc
Sous licence des
laboratoires:
Novartis Pharma
Schweiz AG - Suisse
Alcon-Couvreur N.V.,
Rijksweg 14,
B-2870 Puurs
Belgique

المسنع
Alcon-Couvreur N.V.,
Camil Fabra, S.A.
Avda Cusi, 58,
08320 El Masnou,
Barcelona, Espagne

موجه
للمédicaments
non prescrits
à l'usage
du public.
Ne PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES
PRÉSCRITES

موجه
للمédicaments
non prescrits
à l'usage
du public.
Ne PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES
PRÉSCRITES

TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
(Tobramycine- Dexaméthasone)
Tube de 3,5 g ناعم
أعرب عن شدة
Vole Ophtalmique
عن طريق العين
وتحت طبقة

يجب احترام
المدة
الموحدة
لـ
Tobramycin / Dexamethasone
UNIQUEMENT SUR
ORDONNANCE
جدران
يحدد فقط موعد
وتحت طبقة

موجه
للمédicaments
non prescrits
à l'usage
du public.
موجه
للمédicaments
non prescrits
à l'usage
du public.

Composition :
Chaque gramme de TOBRADEX pommade
ophtalmique contient:
Principes actifs:
Tobramycin 0,3% توبراميцин 0,300%
Dexaméthasone 0,1% دexamيثاسون 0,300%
Conservateur: ميكانتسيبيتون كوركتونول 0,5% Paraffine liquide, vaseline blanche. بارافين سائل وفازلين أبيض
بارافين سائل وفازلين أبيض

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

توبرا
دекс

موجه
للمédicaments
non prescrits
à l'usage
du public.

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 الاستعمال.
يمكن بحفظ أنابيب الدواء في درجة حرارة الغرفة (15-25 درجة مئوية).
يعطى عن طريق وقائي ومتناول الأطفال.
يجب رمي هذا الدواء بعد 30 يوماً من تاريخ فتحه الأول.

TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE

(01)

PPC: 135.00 Dhs

LOT (10) 26050011

 2023-09-07

 2021-12-08

UDI



أكيو-تشيك آكتيف

07124155

٢٠

شريط اختبار
اختبار ٥ ثوان



Roche

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
يستخدم فقط مع أكيو-تشيك آكتيف

Roche هي علامة تجارية تملكها
روشن دیاپیتس کیر جی ام بي إتش
شارع ساندھوفر ١١٦
٥٦٨٣٠ مانهایم، ألمانيا
www.accu-cheek.com