

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

- Reclamation : 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

N° W21-602800

60509

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

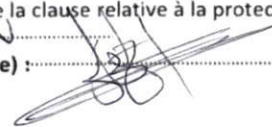
Matricule : 7707 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FAHLI KHALID
 Date de naissance : 30/07/1961
 Adresse : HAY OUDS, Rés: FIR, 177, D, N°5 BERNOUS, CASABLANCA
 Tél. : 0614 293800 0674 356767 Total des frais engagés : 902.345 XOF

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 12/01/2021
 Nom et prénom du malade : FAHLI KHALID
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pneumopathie bactérienne
 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 : ABIDJAN Le : 12/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

FAHLI KHALID

Autorisation CNDP N° : A-A-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
20/12/	6		3000	INP : [] [] [] [] [] [] Cabinet Medical / Nature Dr. CHEHADE ADEL Médecin Généraliste / Pédiatre 02 44 46 48 / 07 95 21 95 DNMCI. 4392

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRALE DR EL AMINE Résidence Franchet d'Espèrey-Plateau 01 67 12 00 38 ABIDJAN 01 31 26 22 81 31 28 22 76 00	22/01/2021	72 455 Fcfa
	22/01/2021	9890 Fcfa
		Pharmacie du Doyne Techni 3578 ABIDJAN

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 RADIOLOGIE P 702400000 / Tel: 20 30 91 00 / Fax: 20 30 91 01 mail: administration@groupe-novamed.com	11/01/2012	SCANNER THORACIQUE	90.000 F

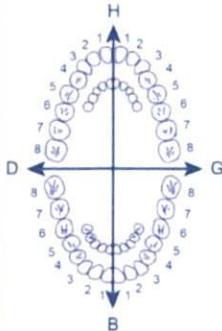
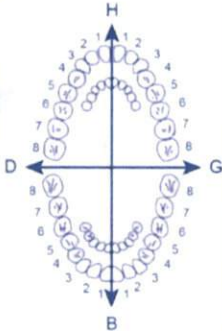
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MEDICAL NADINE

DR CHEHADE ADELL



Médecine générale

Pédiatrie

Tél.: 22 44 46 46

Cel.: 07 95 21 85

N° O.N.M.C.I.: 4593

Abidjan, le 12/01/21.

ORDONNANCE MEDICALE

Patient (e): Mr FATHI KHALID

① Co-Anox 1g cp — (24)
X sp 12 X

② Roxamylène 300mg — (12)
X sp 3 X

③ Xarelto 15g — (1)
X sp 1

④ Nedrol 16g — (1) NS
X sp 1

⑤ Uvedox 100mg — (1)
X sp 1

NB : Prière d'apporter l'ordonnance à la prochaine consultation

Total =

⑥ 1 Situs - ex - go (1)

X 702 X

Cabinet Médical Nadine
Dr. CHEHADE ADELL
Médecin Généraliste / Pédiatre
Tel.: 22 44 46 46 / 07 95 21 25
N° ONMCA: 4593

PHARMACIE CENTRALE
DR EL AMINE
Résidence Franchet d'Espèrey-Plateau
01 BP 1863 ABIDJAN 01
Tél: 20 22 41 41 / 20 22 70 00

X = 72 455 F

ROVAMYCINE®



3 M.U.I. / 3 M.I.U.

spiramycine / spiramycin

Voie orale / Oral use

10 comprimés pelliculés /
10 film-coated tablets

SANOFI

Composition:

spiramycin.....3 M.I.U.
q.s.f. one tablet

Read carefully the package insert before use.

Do not store above 30°C.

KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN.

Authorized medicine n°3324708 (3400933247089)

Fabricant / Manufacturer:

Sanofi S.p.A.

S.S. 17 KM 22 - Scoppito (AQ)

Italy/Italie



Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED

sanofi-aventis France

82 avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



Xarelto® 15 mg

NAFDAC REG. NO: B4-2093

Do not store above 30°C

Conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Não conservar acima de 30°C.



14 film-coated tablets / comprimés pelliculés / comprimidos revestidos por película

Xarelto® 15

Rivaroxaban / Rivaroxaba

Each film-coated tablet contains
Medicinal product subject to me
Chaque comprimé pelliculé con
Médicament soumis à prescripti

Cada comprimido revestido por película contém 15 mg rivaroxabano.
Medicamento sujeito a receita médica.

INDIA L1 Leverkusen,
XARELTO 15MG CPR PELL ne / Alemanha
B14

40 525 CFA



2192251

Bayer

5115527

30 capsules



5.100 F.C.F.A

8192619 3/01/21



PHCIE DU LYCEE TECHNIQUE
REVITAL GELU B/30

Composition :

Chaque gélule de gélatine molle contient :

Extrait de ginseng (extrait de ginseng hautement concentré et standardisé correspondant à 212.5 mg de Ginseng Panax)

	42.5 mg
Vitamine A (Palmitate)	5000 IU
Vitamine B ₁ - Thiamine mono nitrate	5.0 mg
Vitamine B ₂ - Riboflavine	3.0 mg
Vitamine B ₆ - Pyridoxine chlorhydrate	1.0 mg
Vitamine B ₁₂ - Cyanocobalamine	2.0 mcg
Vitamine C - Acide ascorbique	40.0 mg
Vitamine D ₃ - Cholécalficérol	500 IU
Vitamine E - Acétate di-Alpha Tocophéryl	10.0 mg
Niacinamide	20.0 mg
Pantothénate de Calcium D	5.0 mg
Acide folique	0.5 mg
Fer (sous forme de fumarate ferreux)	15.0 mg
Cuivre (sous forme de sulfate de cuivre)	0.5 mg
Potassium (sous forme de sulfate de potassium)	2.0 mg
Manganèse (sous forme de monohydrate de sulfate de manganèse)	0.5 mg
Magnésium (sous forme d'heptahydrate de sulfate de magnésium)	3.0 mg
Zinc (sous forme d'oxyde de zinc)	0.5 mg
Calcium	} sous forme de phosphate de calcium dibasique anhydre
Phosphore	
Iode (sous forme d'iodate de potasse)	0.1 mg

Posologie: Une ou deux gélules Revital à prendre sous forme de dose unique ou de plusieurs doses ou selon les instructions du médecin.

À conserver à moins de 25°C, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Vous référer à la notice ci-jointe pour de plus amples informations.

PRIÈRE DE GARDER TOUT MÉDICAMENT HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Skilax

15 ml

Propriétés et indications:
Voir la notice intérieure.

Posologie:
Selon l'avis médical.
Sur ordonnance médicale.
Garder hors de portée des enfants.
Conservé à température inférieure à 25°C

Properties and indications:
See enclosed leaflet.

Dosage:
According to medical advice.
Under medical prescription.
Keep out of the reach of children.
Store below 25°C.

Propiedades e indicaciones:
Ver prospecto adjunto.
Posología:
Según prescripción médica.
Con receta médica.
Manténgase fuera del alcance de los niños.
Conservar a temperatura inferior a 25°C.

Skilax

— Skilax
— 15 ml

Gouttes / Drops
Sodium
picosulfate /
Picosulfate
de sodium

Composition p. ml:
Sodium picosulfate (INN)/Picosulfate
de sodium (DCI) 7.5 mg (each
ml is approx. equiv. to 20 drops)
(chaque ml equiv. approx. à 20 gouttes)
Excipients, s.q. / q.s.

Composición por ml:
Picosulfato sódico (DCI) 7.5 mg
(cada ml equiv. aprox. 20 gotas)
Excipientes, C.S.

15 ml

Oral use / Voie orale

Fabricant / Manufacturer / Fabricante:
HIGHNOON LABORATORIES LTD.
17.5 K.M. Multan Road, Lahore-Pakistan.
POUR / FOR / PARA
DICAMEX

Skilax

Gotas
Picosulfato
sódico

-15 ml
Vía oral

PHCIE DU LYCEE TECHNIQUE
SKILAX OTTE FL/15ML
2009465 140121
1.860 FCFA

CoAmox AcinoTM 1000

Amoxicilline & Acide clavulanique
Antibiotique
12 comprimés pelliculés

Voie orale



Composition

7.610 FCFA

11/01/21

2288884



PHCIE CENTRALE PLATEAU SARL
COAMOX 1000 CP B/12

lanique

mpri   pelliculé contient:

875 mg

125 mg

Tenir hors de la vue & de la porté

des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

Conserver    une température inférieure

   30  C.

Fabriqué par
Lek Pharmace
Verov  skova 5
1526 Ljubljana
pour Acino Pr
Liesberg, Suisse



acino
Switzerland

CoAmox AcinoTM 1000

Amoxicilline & Acide clavulanique
Antibiotique
12 comprimés pelliculés

Voie orale



Composition

7.610 FCFA

11/01/21

2288884



PHCIE CENTRALE PLATEAU SARL
COAMOX 1000 CP B/12

lanique

mpri   pelliculé contient:

875 mg

125 mg

Tenir hors de la vue & de la porté

des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

Conserver    une température inférieure

   30  C.

Fabriqué par
Lek Pharmace
Verov  skova 5
1526 Ljubljana
pour Acino Pr
Liesberg, Suisse



acino
Switzerland



MEDROL®
16 mg comprimé sécable
Méthylprednisolone

Boîte de 20 comprimés sécables

Composition :

Méthylprednisolone.....16 mg

Pour un comprimé sécable.

Excipients à effet notoire : Lactose, saccharose.

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Pas de précaution particulière de conservation.

3400933189846



Titulaire
PFIZER HOLDING FRANCE
23-25, avenue
du Docteur Lannelongue
75014 PARIS



PHCIE CENTRALE PLATEAU SARL
MEDROL 16MG CP B/20



3318984 8/01/21

5.250 FCFA

Uniquement sur ord

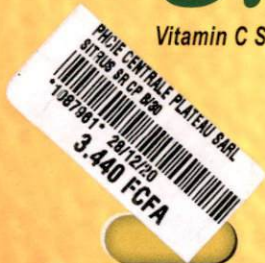
Respecter les doses

Médicament autorisé N° : 34009 331 898 4 6

Sitrus-SR

Sitrus-SR

Vitamin C Sustained Release Tablet with Zinc and Selenium



3 x 10 Tablets

By oral route



Round the Clock Vitamin C Protection



Médicament autorisé n° 3400933222185



3400933222185

SOLUTION BUVABLE EN AMPOULE

UVEDOSE 100 000 U.I.

Cholécalférol (vitamine D3)

Laboratoires CRINEX - 3, rue de Gentilly BP 337 - 92541 MONTROUGE cedex

Composition : Cholécalférol (ou vitamine D3)..... 2,5 mg

Quantité correspondant à 100 000 U.I. pour une ampoule de 2 ml.

Solution buvable en ampoule, boîte de 1 ampoule.

Voie orale.

Indications et Posologie : lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

RESPECTER LES DOSIS PRESCRITES

Liste II. Uniquement
sur ordonnance



Solution buvable en ampoule
Cholécalférol
100 U.I.

PHCIE CENTRALE PLATEAU SARL
UVEDOSE 100000UI AMP BUV 2ML/1



33/22218 11/01/21

1.350 FCFA

L
MAN 01-2019
EXP 01-2022
CIP 3400933222185





Médicament autorisé n° 3400933222185



3400933222185

SOLUTION BUVABLE EN AMPOULE

UVEDOSE 100 000 U.I.

Cholécalférol (vitamine D3)

Laboratoires CRINEX - 3, rue de Gentilly BP 337 - 92541 MONTROUGE cedex

Composition : Cholécalférol (ou vitamine D3)..... 2,5 mg

Quantité correspondant à 100 000 U.I. pour une ampoule de 2 ml.

Solution buvable en ampoule, boîte de 1 ampoule.

Voie orale.

Indications et Posologie : lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

RESPECTER LES DOSIS PRESCRITES

Liste II. Uniquement
sur ordonnance



Solution buvable en ampoule
Cholécalférol
100 U.I.

PHCIE CENTRALE PLATEAU SARL
UVEDOSE 100000UI AMP BUV 2ML/1



33/2218 11/01/21

1.350 FCFA

L
MAN 01-2019
EXP 01-2022
CIP 3400933222185



CABINET MEDICAL NADINE

DR CHEHADE ADELL



Médecine générale

Pédiatrie

Tél.: 22 44 46 46

Cel.: 07 95 21 85

N° O.N.M.C.I.: 4593

Abidjan, le. 22/01/21

ORDONNANCE MEDICALE

Patient (e): Y^{me} FATHI Khaled

① Revital capsule - (1)
1 capsule / 5

② Skilax gaut - (1)
15 gaut / 5 - 2

Total 9890,00 XOF

~~Cabinet Médical Nadine
Dr. CHEHADE ADELL
Médecin Généraliste / Pédiatrie
Tél.: 22 44 46 46 / 07 95 21 85
N° O.N.M.C.I.: 4593~~

~~Pharmacie du Lycée Technique
01 B.P. 6578 ABIDJAN 01
Tél.: 22 44 60 77
Fax: 22 44 70 13~~



Centre des Impôts : Cocody

Abidjan-Cocody, Rue du Lycée Technique
03 BP 507 Abidjan 03 - Tél.: 22 44 46 46
Cel: 07 95 21 85 - RC.N° CI-ABJ-2011-A-5144
SGBCI n° 000100 634931 205

Adresse :

Désignation	Qté	Prix Unitaire	Montant
AS			

Cabinet Médical Nadine
 Dr. CHEHADE ADELL
 Médecin Généraliste / Pédiatrie
 Tél.: 22 44 46 46 / 07 95 21 25
 N° ONMCO: 4382

Arrêtée la présente facture à la Somme de:

21 000 000

NET A PAYER

21 000 000

Arrêtée la présente facture à la Somme de

NET A PAYER

La Comptabilité

C0273562

LE 11/01/21

Mr FAHLI KHALID
30/10/1961

R_X

R l

Scanner thoracique

(R_c Cor-d?)

Cabinet Médical Nadine
Dr. CHEHADE ADELL
Médecin Généraliste / Pédiatrie
Tél.: 22 44 46 46 / 07 95 21 85
N° ONMCI: 4593

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE DE L'INDENIE

01 BP 7026 ABIDJAN 01

TEL :20.30.91.00 / FAX:20.33.56.40

RECU N° 09/21-00121

Date 11/01/2021

Heure 16:37

NIP : C0273562

Patient(e) : Mr FAHLI KHALID

Réf. règlement : ESPECES

N° facture AEC : R01-00003556

RADIOLOGIE

/ Dr DELON KOUADIO JE

MONTANT RECU

90 100



fiscal 100

/ Soit 137,36 €

* Montant en lettres: QUATRE-VINGT-DIX MILLE CENT FRANCS CFA

CLIENT(E)



CAISSIER(E)

GNAHORE LYDIE DESIREE

A LA POLYCLINIQUE DE L'INDENIE VOUS ETES EN FAMILLE

NB: RECU VALABLE POUR 14 JOURS POUR LES CONSULTATIONS

Polyclinique de l'Indénie
Groupe Nova-med
01 BP 7026 Abidjan 01 / Tel: 20 30 91 00 / Fax: 20 33 56 40
RADIOLOGIE
Email: administration@groupenova-med.com



POLYCLINIQUE INTERNATIONALE DE L'INDENIE

01 BP 7026 ABIDJAN 01/ABIDJAN-PLATEAU
TEL : 20.30.91.00 / FAX: 20.33.56.40

Polyclinique
de l'Indénie

FACTURE N° R01-00003556

Date 11/01/2021

Heur 16:37

Patient(e) : Mr FAHLI KHALID

N.I.P : C0273562

Adresse : // C.C: PARTICULIER

N° dossier : C0273562

Service : RADIOLOGIE

Qté	Libellé de l'acte	Coéf.	Medecin/spécialité	% +/-	Montant
1	SCANNER	1	Dr DELON KOUADIO JEAN MARCEL/		90 000

Détails:

TOTAL FACTURE 90 000

MONTANT A PAYER 90 000

Soit 137,21 €

* Montant en lettres: QUATRE-VINGT-DIX MILLE FRANCS CFA

CLIENT(E)



RECEPTION

LYDIE

Pour le règlement en espèces de votre Facture veuillez prévoir 100 Francs CFA de timbre fiscal

PHARMACIE DU LYCEE TECHNIQUE

DR DIAWARA IBRAHIMA - PHARMACIEN

22446077/07037772

Ticket N°: 419938 OP: MME DIABAT

Vendeur : DENISE

<u>Désignation :</u>	<u>PU :</u>	<u>Qté :</u>	<u>Montant :</u>
ALCOOL 90° 250CC	1 880	× 1	= 1 880
SKILAX GTTE FL/15ML	1 860	× 1	= 1 860
REVITAL GELULE B/30	5 100	× 1	= 5 100
DOLIPRANE 1000MG CP B/8	1 050	× 1	= 1 050

ESPECE

TTC : 9 890F

Versé: 10 000F

Rendu :110F

Merci de votre visite !

22/01/2021

15:40

©-EasyPharma 18

PHARMACIE CENTRALE

DE 11-4000

TEL. 20 244 834 - 20 244 835

Ticket N° 244017 DE BENDJA

Désignation P.U. Qte Montant

STRIPIN SR CP B/30

5440 * 1 = 5440

ROVAL CINE PMU COMP B/10

5320 * 1 = 5320

MG 15 CP 1000 PUV 1M

1350 * 2 = 2700

XARELLO PMU CP B/14

40525 * 1 = 40525

MEDROL 16MG COMP B/20

5250 * 1 = 5250

C DAMOX ACIDE 1000MG CP B/12

1310 * 2 = 2620

ESPLCE

TTC = 72455F

VERS 8000F

Rendu 7545F

PROMPT RETABL ESEMENT

12/01/2021

16-12

GEasyPharma 13