

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-532119

WOLSS

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1006	Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ABOUELOUAKAR Fouzia			
Date de naissance : 01-01-55			
Adresse : ANT Bd Moulay Youssef Casablanca			
Tél. : 06 22 32 87 97	Total des frais engagés : 683,90	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr. EL ADAQUI El Habi <i>Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Traumatologie du Sport</i>		
Date de consultation :	11/09/2020		
Nom et prénom du malade :	Mme ABOUELOUAKAR Fouzia Age: 1955		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Companion	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	F2 <i>arthrose de la hanche</i>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute de sa hanche			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : **CAF** Le : **17 SEP 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11/03/2020	C.1		200.00	INP : 1810443578
				Dr. EL ADAOUI Elarbi
				Spécialiste en Chirurgie
				Orthopédique et Traumatologique
				Traumatologie du Sport

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARMACIA FAITH O, GR. AL BAIDAWA EL GOOS T41:05 22 75 56 05	11/9/2006	879.2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

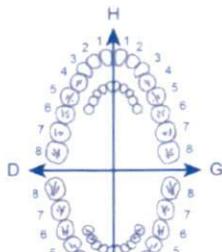
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
INIQUE A Beaute Karimia N° 66 - Fax: 05.22.66.42.66	11-9-2010					400 DH

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	INP : <input type="text"/>										
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	 <p>H G</p> <p>D B</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>H G</p> <p>D B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										



Clinique
Adoha
مصحة الضحى

Casablanca, le : 11 / 09 / 2020

Docteur :

M^{me} ABOU EL OUAKAR. Fouzia (1955)

10f Cedol Sy + 15 x 3 p/ (mélange de repas)

29 Indopharam 100 suff. 1 suff de fin

30 Vit D₃ Bon 200.000 UI (N-3)

2090x3 1 Amp. buvables tous les 30 jours

R/V le 16/10/20 J21

DADOUR El Hadi
Chirurgie
Téléphone : 05 22 66 42 66

حي بوسيل - كماليا رقم 1 عين السبع (قرب أطاكاداو) الدار البيضاء

Quartier Beausite - Kamalia N°1 - Aïn Sebaâ - Casablanca (Près Atacadao) Code postal 20250

Tél. : 05 22 66 42 66 / 65 - Fax : 05 22 66 42 64 - I.C.E : 001703886000044

PHARMACIE FATH EL KHAIR
Aut. 000 22 42
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS
CASABLANCA
Tél : 05 22 75 56 06

كودوليبان®

16 قرصاً

قابل للكسر

باراسيتامول و كوديين

بولي

٨٢، مقر الماكازير بيتان - عين الصمع - الدار البيضاء
م. البهوي - صيدلي مسؤول



Codoliprane®

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codéine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

00018
06/18

COMPOSITION

Paracétamol pour un comprimé 400 mg
Phosphate de codéine hémihydraté (correspondant à codéine base 15,62 mg) 20 mg

INDICATIONS

Douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

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



Codoliprane®
PARACETAMOL ET CODEINE

16 COMPRIMES
SECABLES

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : VOIE ORALE.

Avoir les comprimés avec un grand verre d'eau.

MISES EN GARDE SPECIALES : Réservé à l'adulte.
Lire attentivement la notice.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

AMM N° 177 DMP/21/INRQ

184597
3



BATCH MAN 0919
HP358 EXP 0823

54000440

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste || - | list || - || à - iX

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DIMP/21/NNPR



PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / مقر التسجيل



 BOUCHARA-RECORDAT

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع
HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

**Lire attentivement la notice,
avant utilisation.**

Read the leaflet carefully before use.
Oral use or I.M. injection.
Keep out of the sight and reach of children.
Store below 25°C and away from light.

الاستعمال
قبل العطان في المختبر
أو طرق العلم أو العطان في المختبر
بعد عرضه على المختبر

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

DIOCESE OF EIRE / DIOCESE OF IRELAND / 033

Vitamine D3 B.O.N.[®]	200 000 UI/1 ml
	en ampoule de 1 ml
Composition :	Cholecalciferol (vitamine D3) 200 000 UI
	Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml
	Medium-chain triglycerides

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml
فيتامين D3 ب و ن 200 000 وحدة دولية/1 مل

18

BATCH MAN 0919
HP358 EXP 0823

54000440

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses
احترم الجرعات الموصى بها

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste || - | list || - || à - iX

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DIMP/21/NNPR



PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / مقر التسجيل



 BOUCHARA-RECORDAT

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع
HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Lire attentivement la notice,
avant utilisation.

Read the leaflet carefully before use.
Oral use or I.M. injection.
Keep out of the sight and reach of children.
Store below 25°C and away from light.

الاستعمال
غير المدروس للذرة المائية في طرق المعلم او العفن في الحصول
على افضل نتائج في درجة حرارة لا تتجاوز 25%.

6

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

CHOLÉCALCIFÉROL / CHOLECALCIFEROL /
كوليوكالسيفيرول /

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 CHOLÉCALCIFÉROL / CHOLECALCIFEROL / كوليكسينفيتول /

محلول الحقن العضلي واللثوي / Oral and IM injectable solution / Solución inyectable IM et buvable / Oral and IM injectable

Vitamine D3 B.O.N.[®]	Vitamine D3 B.O.N.[®]
200 000 UI/1 ml	200 000 UI/1 ml
en ampoule de 1 ml	in 1 ml ampoule
Composition :	Composition :
Cholecalciferol (vitamine D3) 200 000 UI	Cholecalciferol (vitamine D3) 200 000 UI
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml	Medium-chain triglycerides

15

15

BATCH MAN 0919
HP358 EXP 0823

54000440

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste || - | list || - || à - iX

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DIMP/21/NNPR



PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / مقر التسجيل



 BOUCHARA-RECORDAT

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع
HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

**Lire attentivement la notice,
avant utilisation.**

Read the leaflet carefully before use.
Oral use or I.M. injection.
Keep out of the sight and reach of children.
Store below 25°C and away from light.

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

DIOCESE OF EIRE / DIOCESE OF IRELAND / 033

Vitamine D3 B.O.N.[®]	200 000 UI/1 ml
en ampoule de 1 ml	in 1 ml ampoule
Composition :	Composition :
Cholecalciferol (vitamine D3) 200 000 UI	Medium-chain triglycerides
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml	

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

18

Casablanca, le : 11/09/2020

Docteur :

M^{me} ABEYDIOUAKAR. Fouzia (1955)

C. R. -

Cause

Fraction de la rotule droite avec hémarthrose
survenue à la suite d'une chute de sa hauteur
ce jour 11/09/2020.

- Brûlure antérieure
- Immobilité par feuillère lâche croisé en extensio / 35°

Dr. EL ADAOUI Elarbi
Spécialiste en Chirurgie
Chirurgie de Traumatologique
Traumatologie du Sport

حي بوسيت - كماليا رقم 1 عين السبع (قرب أطاکاداو) الدار البيضاء

Quartier Beausite - Kamalia N°1 - Aïn Sébaâ - Casablanca (Près Atacadao) Code postal 20250

Tél. : 05 22.66.42.66 / 65 - Fax : 05 22.66.42.64 - I.C.E : 001703886000044



Clinique
Adoha
مصحة الضحى

Casablanca, le :

Docteur :

FACTURE N°1378/2020

Numéro dossier	NOM et PRENOM	Date encaissement
C20/1378	<u>ABOUELOUAKAR FOUZIA</u>	11/09/2020

Mode paiement	REF	MONTANT
ESPECE	Fracture rotule droite+Genouillère plâtrée	400,00
	TOTAL	400,00

*CLINIQUE ADOHA
مصحة الضحى
Quartier Beausite - Kamalia N° 1
Ain Sebaâ - Casablanca
Tél: 05.22.66.42.65 / 66 - Fax: 05.22.66.42.64*

حي بوسيلت - كماليا رقم 1 عين السبع (قرب أطاكاداو) الدار البيضاء

Quartier Beausite - Kamalia N°1 - Ain Sebaâ - Casablanca (Près Atacadao) Code postal 20250

Tél. : 05 22.66.42.66 / 65 - Fax : 05 22.66.42.64 - I.C.E : 001703886000044