

## 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.

**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° W19-532119

40455

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1006 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOU LOUAKAR FOUZIA

Date de naissance : 01-01-55

Adresse : 117 Bd Moulay Moussa Casablanca

Tél. : 06 22 32 87 97 Total des frais engagés : 683,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL ADAOUI Elarbi  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Traumatologie du Sport

Date de consultation : 11/09/2020

Nom et prénom du malade : M. ABOU LOUAKAR FOUZIA Age : 1355

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

Nature de la maladie : Fr. suite de la hantise

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

17 SEP 2020

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 : 11/09/2020

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
11/9/2020	C2		200 DH	INP : 031044358 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
Pharmacie FARABE Aut. 000 22 44 10, GR. AL BAIDAN CASABLANCA Tél : 05 22 75 56 06	11/9/2020	8790

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

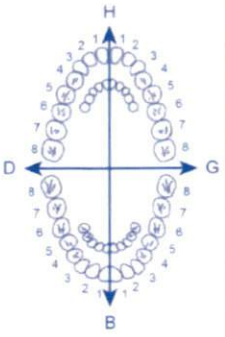
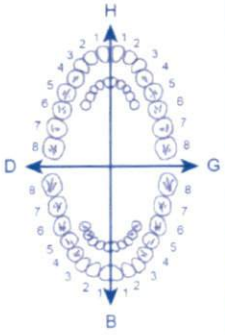
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CLINIQUE ADONIA Quartier Beausite - Casablanca Ain Sejjane Tél : 05 22 56 42 11 / Fax : 05 22 56 42 12	11/9/2020					400 DH

### 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 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Clinique  
**Adoha**  
مصحة الضحي

Casablanca, le : 11 / 09 / 2020

Docteur :

M<sup>lle</sup> ABOU EL OVAKAR. Fouzia (1955)

1<sup>er</sup> Cedol 5 : 15 x 3 / (milieu des repas)

2<sup>e</sup> Indopharan 100 suppo  
2120  
1 suppo le soir

3<sup>e</sup> Vit D3 Bone 200.000 UI (N-3)  
209043  
1 Amp. buccale tous les 30 jours

R/V le 16/10/20

8390

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

DAQUI EL  
Chirurgie  
Dentaire  
Laboratoire

حي بوسيت - 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

# كودوليبيران®

16 قرصا  
قابلا للكسر

بارا صيطامول وكوديين

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codéine 20 mg  
16 COMPRIMÉS SECABLES



6 118000 040217



بوتي  
82، ممر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء  
س. البشوشي - صيدلي مسؤول

b

## 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



b

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

16 COMPRIMÉS  
SECABLES

Codoliprane®  
PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMÉS  
SECABLES

**MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :** VOIE ORALE.  
Avaler 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/NRQ

06/18  
100018

PPV 220H20  
PER 06/22  
LOT 01736

18x45x97

3



28/1/82

PHARMAS 5



10 حبوبلات  
عن طريق الفم



# اندوفارم 100 ملج

Zone Industrielle Ouled Saïh - Bouskoura - Maroc  
Yasmine LAHLLOU FILALI - Pharmacien Responsable

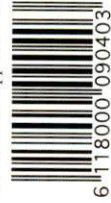
Laboratoires Pharma 5  
A.M.M. : 540/14 DMP/21/NRO

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Liste I

Indopharm® 100mg  
Boite de 10 suppositoires



A15762

Composition :  
Indométacine.....100 mg  
Excipients q.s.p. 1 suppositoire  
التركيب :  
ملج 100.....1 حبة  
سواء كمية كافية لـ  
الاندوفارم

58x30x110

## INDOPHARM® 100 mg

Indométacine



Adulte  
à partir de 15 ans



PHARMAS 5

10 suppositoires  
Voie rectale

INDOPHARM®  
Indométacine

100 mg

10 Suppositoires

Voie rectale

Lire attentivement la notice avant utilisation

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

اقرأ النشرة بتاني قبل الإستعمال  
يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدى  
25 درجة مئوية  
لا يترك هذا الدواء في متناول و مرأى الأطفال

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

Fleximat

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

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

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

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DIMP/21/NNPR



PPV : 20,90 DH

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

**BOUCHARA-RECORDATI**  
GROUP

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

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

Use attentivement la notice,  
avant utilisation.  
Voie orale ou injection I.M.  
Tenir hors de la vue et  
de la portée des enfants.  
A conserver à une température  
inférieure à 25°C  
et à l'abri de la lumière.

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.

DE n° 26914H 09/5/97/15 رقم مقرر التسجيل  
يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستخدام  
عن طريق الفم أو الحقن في العضل  
تحتفظ بعينياً عن مجال نظر  
الأطفال وعن متناول أيديهم  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C  
بعيداً عن الضوء

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution / والحل محل الحقن العضلي والشراب 1 ml

**Vitamine D3 B.O.N.\* 200 000 UI/1 ml**  
كوليكا المستقرول / CHOLECALCIFEROL / CHOLECALCIFEROL

فيتامين D3 ب.و.ن.\*  
200 000 وحدة دولية/1 ملل  
في الأمبولة 1 ملل  
في الحقن 1 ملل  
كوليكا المستقرول (فيتامين D3) 200 000 وحدة دولية  
في الحقن 1 ملل  
في الحقن 1 ملل

Vitamine D3 B.O.N.\*  
200 000 UI/1 ml  
Composition :  
Cholecalciferol (Vitamin D3) 200 000 UI  
Medium-chain triglycerides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.\*  
200 000 UI/1 ml  
Composition :  
Cholecalciferol (Vitamin D3) 200 000 UI  
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.\* 200 000 UI/1 ml  
فيتامين D3 ب.و.ن 200 000 وحدة دولية/1 ملل

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

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

بصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DIMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

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

**BOUCHARA-RECORDATI**  
GROUP

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

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

Lire attentivement la notice,  
avant utilisation.  
Voie orale ou injection I.M.  
Tenir hors de la vue et  
de la portée des enfants.  
A conserver à une température  
inférieure à 25°C  
et à l'abri de la lumière.

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.

DE n° 2691/4H 09/5/97/15 رقم مقرر التسجيل  
يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستخدام  
عن طريق الفم أو الحقن في العضل  
يحتفظ بهذا عن مجال نظر  
الأطفال ومن يتناولون الأدوية  
يجب حفظ الدواء بعيداً عن متناول  
يتم الاحتفاظ به عن الضوء

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution / الحلول الحقن العضلي والشفوي

**Vitamine D3 B.O.N.\* 200 000 UI/1 ml**  
CHOLECALCIFEROL / CHOLECALCIFEROL / كوليكال سيفيرول

فيتامين D3 ب.و.ن.\*  
200 000 وحدة دولية/1 ملل  
في الأمبولة 1 ملل  
في الحقن 1 ملل  
فيتامين D3 ب.و.ن.\* 200 000 (D3) وحدة دولية  
في الحقن 1 ملل

Vitamine D3 B.O.N.\*  
200 000 UI/1 ml  
in 1 ml ampoule  
Composition :  
Cholecalciferol (Vitamin D3) 200 000 UI  
Medium-chain triglycerides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.\*  
200 000 UI/1 ml  
en ampoule de 1 ml  
Composition :  
Cholecalciferol (Vitamin D3) 200 000 UI  
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.\* 200 000 UI/1 ml  
فيتامين D3 ب.و.ن.\* 200 000 وحدة دولية/1 ملل

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

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

بصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DIMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

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

**BOUCHARA-RECORDATI**  
GROUP

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

Fabricant / Manufactureur / المصنع  
HAUPT PHARMA  
1, rue Comte de Sinaud  
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Lire attentivement la notice,  
avant utilisation.  
Voie orale ou injection I.M.  
Tenir hors de la vue et  
de la portée des enfants.  
A conserver à une température  
inférieure à 25°C  
et à l'abri de la lumière.

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.

DE n° 2691/4H 09/5/97/15 رقم مقرر التسجيل  
يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستخدام  
عن طريق الفم أو الحقن في العضل  
يحتفظ بعيداً عن متناول أي شخص  
الأطفال ومن يتناولون الأدوية  
يجب حفظ الدواء بعيداً عن متناول  
الاطفال ومن يتناولون الأدوية  
يجب أن يحفظ بعيداً عن الضوء

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution / الحلول الحقن العضلي والشراب 1 ml

**Vitamine D3 B.O.N.\* 200 000 UI/1 ml**  
CHOLECALCIFÉROL / CHOLECALCIFEROL / كوليكال سيفيرول

فيتامين D3 ب.و.ن.\*  
200 000 وحدة دولية/1 ملل  
في الأمبولة 1 ملل  
في الشراب 1 ملل  
كوليكال سيفيرول (الفيتامين D3) 200 000 وحدة دولية  
في الأمبولة 1 ملل  
في الشراب 1 ملل  
تريغليسيريدات متوسطة السلسلة كيميائية اصطناعية 1 ملل

Vitamine D3 B.O.N.\*  
200 000 UI/1 ml  
in 1 ml ampoule  
Composition :  
Cholecalciferol (Vitamin D3) 200 000 UI  
Medium-chain triglycerides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.\*  
200 000 UI/1 ml  
en ampoule de 1 ml  
Composition :  
Cholecalciferol (Vitamin D3) 200 000 UI  
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.\* 200 000 UI/1 ml  
فيتامين D3 ب.و.ن 200 000 وحدة دولية/1 ملل





Clinique  
**Adoha**  
مصحة الضحي

Casablanca, le : 11/09/2020

Docteur :

M<sup>re</sup> ABOU EL OUAKAR. Fongia (1955)

C. R.

Cause { Fracture de la rotule droite avec hémarthrose  
survenue à la suite d'une chute de sa hauteur  
ce jour 11/09/2020.  
- Traitement articulaire  
- Immobilisation par genouillère plâtrée européenne  
en extension (35°)

Dr. EL ADAOUI Elorbi

~~Spécialiste en Chirurgie~~  
Ortopédie et Traumatologie  
Traumatologie du Sport

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

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

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

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: 05.22.66.42.64 / Fax: 05.22.66.42.64

حي بوسيت - 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