

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-718894

147814

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19981 Société : DAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ROAIL MOUHSSINE

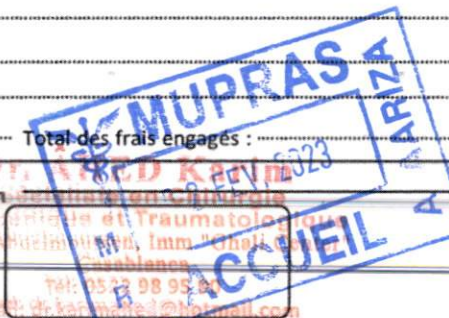
Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 03/11/2022

Nom et prénom du malade : ROAIL MOUHSSINE Age : 44

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


Nature de la maladie : Affection Orthopédique

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 : ..... Le : 02/02/23

Signature de l'adhérent(e) : 

### 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.

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



# 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
07/11/22	G2		3 DH	Dr. Karimane

Dr. Karimane  
Spécialiste en Chirurgie  
Odonatologique et Traumatologie  
23, Bd Abdelmoumen, Imm "Ghali Center"  
Casablanca  
Tel: 0522-98 95 90  
Email: dr.karimane@hotmail.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07/11/2022

98,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

07/11/22 Rx Pericoronar

3 DH

07/11/22 Rx Gencive

3 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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

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 Karim Âhed

# الدكتور كريم عاهد

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
  - Chirurgie Traumatologique.
  - Chirurgie Orthopédique.
- Suivi de la Maladie Arthrosique.



- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل
- متخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسيل
- علاج و جراحة كسور العظام والمفاصل
- الجراحة التقيوية
- خشونة المفاصل

Casablanca le : .....07/11/2022..... : الدار البيضاء في

MR RMAIL MOUHSINE

22,20

- Codoliprane 400 mg / 20 mg - comprimé  
1 Comprimé, matin, midi, soir après , 10j

76,20

- Voltarene sr (Ip) 75 mg - comprimé enrobé  
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 06 jours

98,40

Dr. ÂHED Karim  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
18, Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center"  
Casablanca  
Tel: 0522 98 95 90  
Email: dr.karimahed@hotmail.com





# Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

Paracétamol.....	400,00 mg
Phosphate de codeïne hémihydraté.....	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeïne base).....	15,62 mg
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.	

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (allergie ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas raison du risque de dépendance.

### PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées du EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A CONSULTER VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS. Notamment avec la buprénorphine. SYSTEMATIQUEMENT TOUT AVANT DE PRENDRE CE MEDICAMENT, DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser la dose maximale autorisée.

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg

phosphate de codeïne 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



Ce médicament ne doit pas être associé avec d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser la dose maximale autorisée (cf. posologie).



يحتوي هذا الدواء على أقل من 1 ملليمول من الصوديوم (23 ملغ) لكل وحدة جرعة، أي أنه عملياً "خالٍ من الصوديوم".  
لذلك لا تأخذ فولتارين إلا بعد أن تستشير طبيبك، إذا كنت تعاني من عدم تحمل الهيدروكربونات.

### لاستعمال أثناء الحمل والإرضاع:

إذا كنت حاملاً أو كنت تتوین الحمل، لا يمكنك أخذ فولتارين إلا بعد أن تكوني ناقشت الأمر مع طبيبك. لا ينبغي استعمال فولتارين في خلال الفصل الأخير من الحمل.

### إرضاع

ينبغي استعمال فولتارين في خلال فترة الإرضاع إلا إذا منح لك الطبيب صراحة بذلك.

تأثير على قيادة السيارات أو استعمال الآلات  
يمكن أن يؤثر هذا الدواء على ردات الفعل وعلى القدرة على قيادة وعلى استعمال الأدوات أو الآلات!

يجب عليك بشكل خاص عدم قيادة سيارة أو استعمال آلات يجب أن تتصل بطبيبك على الفور عند الشعور بدوار أو اضطرابات بصرية أو باضطرابات عصبية مركزية أخرى.

تأثيرات ذات التأثير المعروف:

كروزي

### كيف يُستعمل فولتارين®؟

يبيب هو من يحدّد بشكل فردي مقدار الجرعة وطريقة استعمال حسب خطورة الاضطرابات والعمر. من المهم أن بدقة تعليمات طبيبك. لا تتخطّ الجرعة اليومية الموصى أو مدة العلاج المحددة من طبيبك.

كنت تأخذ فولتارين لأكثر من بضعة أسابيع، يجب أن يتابعك لك بانتظام لتتأكد من أنك غير مصاب بآثار جانبية مخفية. الجرعة اليومية في بداية العلاج عادة 100-150 ملغ.

كانت الإصابة أقل خطورة أو أثناء العلاج لفترة طويلة، جرعة 75-100 ملغ يومياً، أي قرص مغلف واحد ملغ أو قرص ملبس واحد 100 ملغ في الصباح أو مساءً، كافية معظم الوقت.

ب الألم الليلي و/أو التصلب الصباحي، يمكنك أخذ رين في المساء.

م الأمر، يمكن زيادة الجرعة اليومية حتى 150 ملغ في (قرصان مغلفان 75 ملغ أو قرص ملبس واحد 100 ملغ).

مع أقراص مغلفة 25 أو 50 ملغ أو أقراص)، والتي يجب لها على عدة مرّات خلال النهار. يجب أخذ أقراص

رين الملبسة مع كمية كبيرة من سائل ما ومن الأفضل





فولتارين® SR 75،

أقراص مغلفة. علبة من 20 قرصًا

فولتارين® LP 100،

أقراص ملبسة. علبة من 10 أقراص

ديكلوفيناك الصوديوم : DCI

الرجاء قراءة كامل هذه النشرة بعناية قبل أخذ هذا الدواء.  
احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى قراءتها مجددًا.  
إذا كان لديك أي سؤال آخر أو أي شك، اطلب المزيد من  
المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.  
لقد وُصف هذا الدواء لك أنت شخصيًا. لا تعطه لأشخاص  
آخرين، فقد يؤذيهم حتى ولو كانت عوارض مرضهم مماثلة  
لعوارض مرضك.  
إذا أصبح أحد الآثار الجانبية خطيرًا أو إذا لاحظت أثرًا  
جانبياً غير مذكور في هذه النشرة، أعلم الطبيب أو الصيدلي.

ماذا تحتوي هذه النشرة:

1. ما هو فولتارين® وما هي دواعي استعماله؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال فولتارين®؟
3. كيف؟
4. ما؟
5. كيف؟
6. مع؟



6 118001 030408

○ VOLTARENE® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

ي يتميز

ل الألم

والتورم عبر منع تخليق الجزيئات (البروستاغلاندين)  
المسؤولة عن الالتهاب والألم والحمى. غير أن هذا الدواء لا  
يمكنه علاج الأسباب.  
يُستعمل فولتارين بشكل أساسي لدى المرضى البالغين الذين  
تتطلب حالتهم جرعة يومية من 75 ملغ أو 100 ملغ.