

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- 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 (TG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-636074

117535 - Courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1324

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

JANATI LATIFA

Date de naissance :

23/12/1951

Adresse :

9 RUE IBREISS ALAKBAR  
RABAT

Tél. : 06 61 133636

Total des frais engagés : 450,50 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdellah BOUZOUBAA  
MEDECINE GENERALE  
Expert Assortementé Auprès des Tribunaux  
N°27 Amal 4, Av. Al Massira CYM-RABAT  
Tél: 05 37 79 83 45

Cachet du médecin :

Dr. Abdellah BOUZOUBAA  
MEDECINE GENERALE  
Expert Assortementé Auprès des Tribunaux  
N°27 Amal 4, Av. Al Massira CYM-RABAT  
Tél: 05 37 79 83 45

Date de consultation :

13/04/2022

Nom et prénom du malade :

JANATI LATIFA

Lien de parenté :

Soi-même

Nature de la maladie :

Maladie

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 :

RABAT

Le : 13/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-636074

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
313 AVR. 2022	C	A	100	INP : 14008864 BOLLOUBA SERALE mais 4, AV. AL Massé Tél: 05 37 79
AVR. 2022				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ARMACIE LES ALMOHADÉS Dr. ELIBRAHIMI Soufia Rue Zouora, Hassan Sabat Tel : 05 37 70 70 01 INPE : 102094050	13-04-22					850,50

### VIOLET 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

13 AVR. 2022

Le: 13 AVR. 2022

الدكتور عبد الله بو زباد  
Dr. Abdellah BOUZOUBAA  
MEDECINE GENERALE  
الطب العام  
خبير محلق لدى المحاكم  
Expert Assermenté Auprès des Tribunaux  
N°27 Amal 4, Av. Al Massira CYM-RABAT  
Télé: 05 37 79 83 45

Dr. J. ZNATI Solfa

43,50

2. Fortax

(اب)

99,00

2)

lunefor

(اب)

158,60

3. Probiotec kids

82 SP

19,40

4.1

medicare

(اب)

350,50

PHARMACIE LES ALMOHADES  
Dr. ELIBRAHIMI Ouafa  
Rue Zouzra, Hassan-Rabat  
Télé: 05 37 70 70 01

Dr. Abdellah BOUZOUBAA  
MEDECINE GENERALE  
Expert Assermenté Auprès des Tribunaux  
N°27 Amal 4, Av. Al Massira CYM-RABAT  
Télé: 05 37 79 83 45

# PROBIOTICSLIDER

## Composition :

100 mg de Mélange Probiotique :  
Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium longum, Bifidobacterium bifidum, Bifidobacterium lactis, fructo-oligosaccharides (FOS),  
1000 mg de Fibre Prébiotique (Inuline),  
15 mg de Lactoférrine, 5ug de Vitamine D3 (Cholécalciférol).  
Stéarate de magnésium et Maltodextrine, Fructose, Arôme de yogourt.

## Présentation:

14 sachets de 3,5 g

## Poids net:

49 g aprox.

PROBIOTICSLIDER 14 SACHETS

LOT : T001

PER : 04/2024

PRIX : 158.60 DH

Numéro de lot et consommer de préférence

avant fin : voir l'emballage

T001 04/2024

N° DA2020171395DMP/20UDCA/MR/2

Importé et distribué par PEGASUS PHARMA

Direction Marketing et Commerciale

TANGER

Tél : 0539 94 41 51

Email: pegasuspharma@outlook.com

## Posologie:

1 sachet par jour.

## Mode d'emploi:

Diluer un sachet dans un verre d'eau (150 ml). Prendre avant les repas.

## Indication :

Grâce à l'association du probiotique/prébiotique contribuent à le rééquilibre de la flore intestinale et renforce le système immunitaire.

## Avertissements:

Ne pas dépasser la dose journalière recommandé sans avis du médecin.

Maintenir hors de la porté des enfants, compléments alimentaire, ce n'est pas un médicaments.

Non recommandé pour les enfants.

Ingrédients	1 sachet
Vitamine D3	5 ug



# Nordaz® 7,5 mg

nordazépam

Comprimés sécables

9

Nordazépam (DCI) ..... 7,5 mg  
Excipients (dont lactose et amidon de blé) q.s.p. ..... 1 comprimé sécable

Tube contenant 30 comprimés soit 225 mg de nordazépam.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants.



nordazépam

7,5 mg

# Nordaz®

CS0062-0913

Nordaz® 7,5 mg  
Comprimés sécables  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240556

نورداز®  
مع 7,5  
نوردازيبام

أقراص قابلة للكسر

احترم المقدار المسمى  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

B

B

19,40



**forlax<sup>®</sup>**  
Macroglol 4000



**maphar**

Boulevard Akhmed n°6

Quartier Industriel Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. 73,50 DH



6118001181193

Exp : 04/2024  
LOT : U08531

**SYMPTOMATIC  
TREATMENT OF  
CONSTIPATION**

**FLAVOUR ORANGE-GRAPEFRUIT**

 Child aged 8 years and over  
 Adult

**FORTÉ PHARMA**  
LABORATOIRES

# LIXIFOR



> ACTIFS 100%  
D'ORIGINE  
NATURELLE

**1 SEULE GÉLULE  
PAR JOUR**



15 gélules - **Sans gluten**

Complément alimentaire

Lot/À consommer  
de préférence

REF. 317MA

X1017 0425

LOT \_\_\_\_\_ PER \_\_\_\_\_

Prix

99 · 00



3 700221 339503