

## 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° W21-724711

*payé*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : JANATI LATIFA  
 Date de naissance : 23 / 12 / 1951  
 Adresse : 9 RUE IDRIS ALAKBAR HASSAN PARAT  
 Tél : 06 61 11 36 36 Total des frais engagés : 1079,65 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....  
 Date de consultation : 18/10/2022  
 Nom et prénom du malade : Janati Latifa  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Hypertension artérielle  
 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 : 18 / 10 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-724711

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 : 1324  
 Nom de l'adhérent(e) : JANATI LATIFA  
 Total des frais engagés : 1079,65  
 Date de dépôt : .....

### 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
18/06/22	ENTK, g	300	14	INP: 1020771188 Dr. IBNATTYA. A. Jawad CARDIOLOGUE 10, Rue Annaba, Place Piétri - Rabat Tél: 05 37 70 15 52 - GSM: 0681 13 24 15

### EXECUTION DES ORDONNANCES

**PHARMACIE LES ALMOHADES**  
Dr. ELIBRAHIMI Ouafa  
5, Rue Zagora, Hassan - Rabat  
Tél: 05 37 70 70 01  
INPE: 102008059

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/06/22	779,60

### 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	

### VOLET ADHERENT

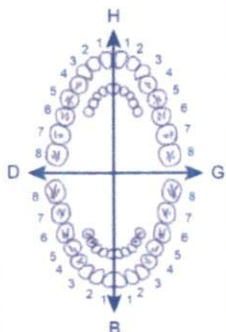
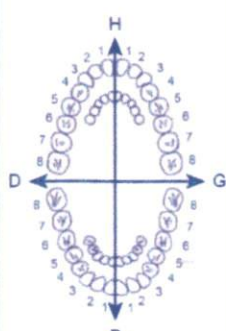
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 : <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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction]													
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR IBNATTYA ANDALOUSSI JAWAD

CARDIOLOGUE

Diplômé D'Etudes Speciales de Cardiologie

Faculté de Medecine de Lille(FRANCE)

Ex Medecin Attaché au CHU DE Lille

10 Av. Annaba 2ème Etage. Place Pietrie rabat

Tél : Cab 0537.73.15.52 / GSM : 06.61.13.24.15

الدكتور ابن عطية الاندلسي جواد

اختصاصي في أمراض القلب والدورة الدموية

خريج كلية الطب بليب (فرنسا)

طبيب ملحق سابق بالمركز الصحي الجامعي بليب

10. شارع عنابة - حسان الرباط

الهاتف - ع 0537.73.15.52 - م 06.61.13.24.15

RABAT LE: 18.10.22

67.80 x 6 = 406.80

TANAKAN

41.80 1 dose x 21

- Zolacetyl

44.4 x 21

188.50

- Noval 20

1/2 cr 11

98.00

- Extravit: 1 bl 30 cr

44.50 1 cr de 10

- APENAT: 1 bl

1 cr. de 10

779.60

TANAKAN 40MG/ML  
SOL BUV FL 30 ML  
P.P.V: 67DH80  
LOT: 22E001  
PER: 02 2025  
118000 011552

TANAKAN 40MG/ML  
SOL BUV FL 30 ML  
P.P.V: 67DH80  
LOT: 22E001  
PER: 02 2025  
118000 011552

TANAKAN 40MG/ML  
SOL BUV FL 30 ML  
P.P.V: 67DH80  
LOT: 22E001  
PER: 02 2025  
118000 011552

TANAKAN 40MG/ML  
SOL BUV FL 30 ML  
P.P.V: 67DH80  
LOT: 22E001  
PER: 02 2025  
118000 011552

TANAKAN 40MG/ML  
SOL BUV FL 30 ML  
P.P.V: 67DH80  
LOT: 22E001  
PER: 02 2025  
118000 011552

TANAKAN 40MG/ML  
SOL BUV FL 30 ML  
P.P.V: 67DH80  
LOT: 22E001  
PER: 02 2025  
118000 011552

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V: 41DH80  
LOT: 22E003  
PER: 04 2025  
118000 010227

PHARMACIE LES ALMOHADES  
Dr. ELIBRAHIMI Ouafa  
5, Rue Zagora, Hassan - Rabat  
Tél: 05 37 70 70 01  
INPE: 102008059

Dr. IBNATTYA. A. Jawad  
CARDIOLOGUE  
10, Rue Annaba, Place Pietri - Rabat  
Fix: 0537 73 15 52-GSM: 0661 13 24 15

**DR IBNATTYA ANDALOUSSI JAWAD**

**Cardiologue**

**10 Rue ANNABA PLACE PIETRIE.**

**Rabat**

**Tel : Cab : 0537.73.15.52**

**Port : 0661.13.24.15**

**ICE : 001854318000061**

**Rabat le : 18/10/2022**

Note d'honoraire de MME JANATI LATEFA

La somme de :

300dhs pour consultation cardiologique et ECG (C2+K18).

**Dr. IBNATTYA. A. Jawad**  
**CARDIOLOGUE**  
10, Rue Annaba, Place Pietrie - Rabat  
Fix: 0537 73 15 52 / 0661 13 24 15

Sans gluten - Sans lactose - Sans Oum

# Extravit<sup>®</sup>

MULTI BICOUCHE

COOPER PHARMA  
PPC: 98,00 DH

**30**

Comprimés  
bicouches

• ACÉROLA

• VITAMINES C ET D

• 16 VITAMINES ET MINÉRAUX

Comprimés bicouches - Sans sucre

N° de lot :  
A consommer de  
préférence avant fin :

04/2015  
02/2022  
02/2025



**COOPER**  
PHARMA

Complément alimentaire  
édulcoré au sorbitol et xylitol

Goût citron cerise  
à croquer ou à sucer

Poids net : 24,81g

100%

Vit B12

Pharmaceutique

Thérapiem

LABORATOIRES

# Apenat®

au **Fenugrec**  
+ Vitamines

**15 comprimés**  
Voie orale

**MEDIPRO**  
PHARMA

Aide à stimuler  
l'appétit

LOT: 210430  
PER: 06/2024  
PPC: 44, 50 DH

**Apenat®**

NOCOL® 20 mg

60 comprimés pelliculés



6 118000 071181

Médicament autorisé  
N° 385/12 DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites  
احترم الكميات الموصى بها

جدول A A



AFRIC-PHAR  
AFRIC-PHAR  
صنعت من طرف مختبرات أفريك-فار  
المنطقة الصناعية، عين حردة غرب، الطريق الجهوي  
رقم 322 (عين حردة شرق 111 سلالة) كتور 12.400  
عين حردة 28 630، الحمديّة، المغرب.



نوكول 20 ملغ  
سيمفاستاتين

60 قرصا ملبسا

أفريك-فار  
AFRIC-PHAR  
عن طريق الفم



NOCOL® 20 mg  
Simvastatine

AFRIC-PHAR

Voie orale

60 comprimés pelliculés

NOCOL® 20 mg  
Simvastatine



أفريك-فار  
AFRIC-PHAR

60 comprimés pelliculés

Voie orale

Composition par comprimé pelliculé

Simvastatine (DCI).....20 mg

Excipients : q.s.

Excipients à effet notoire : Lactose.

Indications, Contre-indications, Posologies

& Précautions d'emploi : Lire la notice avant utilisation.

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en

cas de problèmes liés à l'utilisation du médicament.

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Conserver à une température inférieure à 30 °C

التركيبية لكل قرص ملبس

سيمفاستاتين.....20 ملغ

المواد ذات تأثير معروف : لاكتوز

الجرعة، دواعي، مواعيد و احتياطات الإستعمال :

الرجو قراءة النشرة قبل الإستعمال

الرجو إستشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل

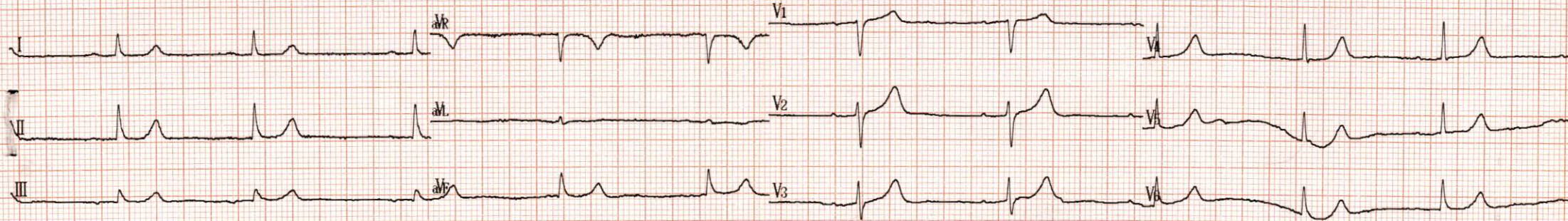
مرتبطة بكمية استعمال الدواء.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 30°C

IMP/MEPEL  
03/19

500726f



10 mm/mV

25 mm/s

FILTRE: CA FM FM

10 mm/mV

10 mm/mV

25 mm/s

FILTRE: CA FM FM