

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-566309

60804



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1670 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : GHANNAI MESSAÏD HASSAN

Date de naissance : 25 MAI 1947

Adresse : 16, rue Constanse HASSAN LABAT

Tél. 0663041902 Total des frais engagés : 129,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

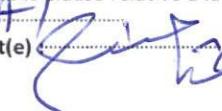
Conjoint

Nature de la 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.

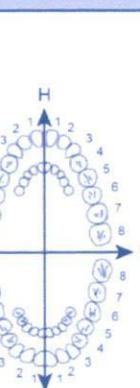
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat  
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 08/01/2021

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sawmaat Hassouna Talib BOUZIRI Place de l'Unité Africaine Tél.: 05 27 11 00 00	16/11/2023	1529 80

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (empty table rows)	<b>Nature des Soins</b> (empty table rows)	<b>Coefficient</b> (empty table rows)	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		CŒFFICIENT DES TRAVAUX
						H																
						25533412	21433552															
						00000000	00000000															
						D																
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
G																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																						

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

MR GHANNAM MOHAMED HASSAN

Le : 16/01/2021

FACTURE N°: 5864

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	ALGANTIL CPS EFFERV.10	14,90	7	29,80
2	NORMOGASTRYL PM	12,00	7	24,00
2	RINOMICINE SACHETS.10	22,70	7	45,40
2	VITA C 1000 LAP.10 CPS EFF.	15,30	7	30,60

TVA 7%: 8.49 Total : 129,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT VINGT NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

صيغة صومعة حسان  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
Taïeb BOUZIRI  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Tél.: 05 37 72 02 50

### Composition:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

100

دی پیس بستوی علی : 4  
کلور فرمانیں مالیات ..... 6  
فتنگر بن کارو جنگ ..... 22

- Chlorphénamine maléate.....4 mg
- Phénylephrine chlorhydrate.....6 mg

سلسلة أمد	.....	200
يل استعمال	.....	400

- Salicylamide .....	200 mg
- Paracétamol .....	400 mg

30	..... - كافيين
300	..... - حامض اسكوربيك

- Caféine.....30 mg
- Vitamine C.....300 mg

- Excipients q.s.p. .... 10 g

في كل كيس)، ملون أصفر برتقالي S.

par sachet), jaune orange S.

يحفظ بهذا الوعاء في درجة حرارة أقل من درجة مئوية و بعيداً عن الطوبية.

2. A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

لا يترك هذا الدواء في متداول الأطفال.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES  
ENFANTS.

10

مختبرات الصيدلة فارما<sup>5</sup>  
ياسمين لحلو فيلايي صيدلي مسؤول

مددوق لـ تـضـيـر الشـرـاب

تشنجات عضليّة - إرتعاش و تبرد

حمد - عدیلان اخزف

سالات نزلہ برد - بکام

## Composition:

کل کیس تھوڑی علیٰ :  
بزرگ :  
میں

10

<b>Composition :</b>	<b>Chaque sachet contient :</b>	<b>Excipients à effet notoire :</b>
	- Phénylephrine malate.....	saccharose (8 g par sachet), jaune orangé S.
	- Phenylephrine chlorhydrate.....	
	- Salicylamide.....	
	- Paracétamol.....	
	- Céfétaine.....	
	- Vitamine C.....	
	- Excipients q.s.p.....	
		4 mg 6 mg 200 mg 400 mg 30 mg 300 mg 10 g

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.  
**NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.**



6 118000090762

四

مسحوق تلضییر الشر اب

یاسمهین لحلو فیلا لی صیدلی مسؤول

بَرْبَرٌ وَبَرْبَرٌ - حَلْبَجَةُ الْخَلْبَرَةِ

الإنف - سبلان - حمى

حالات نزلة برد - زکام

## DOULEURS MAUX DE TÊTE

# ALGANTIL®

## Ibuprofène

200 mg

10 comprimés effervescents

17  
LAPTOP

Ibuprofène 200 mg

Cette boîte contient 2,000 g d'ibuprofène.

**Ne pas laisser à la portée des enfants** فهي متداولة إلا مطال

AMM N° 1187 DMP/21

21. زنقة الأزداجية - الدار البيضاء - المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD

KITHUA DADA QUDRA - CASABLANCA - MAROC

10

ایڈر و فلین

٢٠٠

١٥١  
أقوال

الحمد لله

## ALGANTIL® 200 mg

LOT 90015 4  
EXP 05/2023  
PPV 14DH90

## **INDICATIONS THERAPEUTIQUES:**

Courbatures - Etats grippaux - Douleurs dentaires - Affections fébriles.

## **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

reçoive à l'autorité à partir de 12 ans) 1 à 2 comprimés effervescents à 200 mg en dose initiale puis 1 comprimé offert par jour.

doivent être dissous dans un verre d'eau, et pris de préférence au cours des repas.

## CONTRE-INDICATIONS, PRECAUTIONS D'EMPLOI

يحفظ الأنابيب ممتلأ بماء بعزل عن الحرارة والرطوبة  
tube à conserver bien fermé à l'abri  
de la chaleur et de l'humidité.

DOULEURS  
MAUX DE TÊTE

# ALGANTIL®

Ibuprofène

200 mg

10 comprimés effervescents



FORMULE:

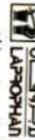
Ibuprofène ..... 200 mg

Excipient q.s.: 1 comprimé effervescent

Cette boîte contient 2.000 g d'ibuprofène.

لابنوك في متناول الجميع

Ne pas laisser à la portée des enfants



AMM N° 1187 DMP/21

6 118000 0323328

ALGANTIL®  
10 comprimés  
effervescents 200 mg



مختبر المسعد للستيرويدات - زنتا، إذدية - الدارالبيضاء - المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA, CASABLANCA, MAROC

الألام  
الصداع

200 ملén

10 أقراص فمائية



ALGANTIL® 200 mg

LOT 90015 4  
EXP 05/2023  
PPV 14DH90

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES:**  
- Maux de tête - Douleurs accompagnant les syndromes ORL et stomatologiques - Courbatures - Etats grippaux - Douleurs dentaires - Affections fébriles.  
**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:**  
Réserve à l'adulte (à partir de 12 ans)  
1 à 2 comprimés effervescents à 200 mg en dose initiale, puis 1 comprimé effervescent toutes les 6 heures sans dépasser 1 200 mg/24 heures. Les comprimés effervescents doivent être dissous dans un verre d'eau, et pris de préférence au cours des repas. Voir notice

**CONTRE-INDICATIONS, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI, EFFETS INDESIRABLES :**  
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

يحتفظ الأطباء بحقوق الموزع عن المراة والطبية

# Vita C 1000®

(VITAMINE C)

## 10 Comprimés effervescents

Laprophan

محصل للبالغ (الاطفال ما فوق 15 سنة) - موطن الاستعمال - كنفية الائتمان،

المرجعات - موطن الاستعمال - دولة قطر - طلاق العبرة.

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.

POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -

MODE D'EMPLOI: (نون موكا)

Tube à conserver bien fermé à la chaleur et de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال.

Vita C 1000®



10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

ANM N° 03 DMP/21

1000

(فيتامين سي)

أقراص فائدة



# Vita C 1000®

PPV 150430  
EXP 10/2023  
LOT 09031 24

**FORMULE:**  
Acide ascorbique (Vitamine C).....1g  
Excipients q.s.p .....1 comprimé effervescent  
**EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:**  
Sodium - Saccharose -Jaune orange 5  
Voir notice pour plus d'informations

Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique.

Acide ascorbique (Vitamine C).....1g

Excipients q.s.p .....1 comprimé effervescent

1 comprimé effervescent

Tube à conserver bien fermé à la chaleur et de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال.

مقدار الاستهلاك الموصى به للكبار: 1 comprimé par jour.

للمزيد من المعلومات يرجى استشارة الطبيب.

الطب - الدار البيضاء - 21 - زرقة العروبة - الدار البيضاء - 10101 - المغرب

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ORANGE - 21, RUE DES QUATRE CASARAS, MAROC

Laprophan

للمزيد من المعلومات يرجى استشارة الطبيب.

Vita C 1000®

(VITAMINE C)

10 comprimés effervescents



Laprophan

رسن للبالغ والقطن مارق 15 سنة.  
برعات - دراجي الاستعمال - مواعي الاستعمال - كثيبة الاستعمال.

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.  
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -  
MODE D'EMPLOI

Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.** يهدى عن متناول ومرأى الأطفال.

Tenir hors de la portée de

AMM N-03 DMH/21

1000<sup>®</sup>

卷之三

၁၄၆၆.၂၈၁

**FORMULE:**  
Acide ascorbique (Vitamine C) .....  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé effervescent

**EXCIPIENTS ET EFFET NOTOIRE:**  
Sodium - Saccharose - Jaune orange S  
Voir notice pour plus d'informations

**Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique**

**EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:**  
Acide ascorbique (Vitamine C) ..... 1 g  
Équivalents q.s.p. .... 1 compresse effervescente  
**Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique**  
Sodium - Saccharose ..... jaune orangé S  
Voir notice pour plus d'informations

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA, MAROC

## Vita C1000®

PPU 150H30  
EXP 10/2023  
LOT 09031 24

**Posologie:**  
1 à 2 comprimés à faire dissoudre dans un verre d'eau  
après les repas ou au moment des malaises digestifs.  
Lire attentivement la notice.

لا يشرب في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Laboratoires LAPROPHAN S.A.  
21 Rue des Oudaya - Casablanca  
Fabriqué au Maroc sous licence des Laboratoires UPSA (France).

**NORMOGASTRYL**

20 comprimés effervescents

6 118000 030904



# نورموگاسترييل

قرصا فافرا 20



## الأنبوب

**Composition:**  
Bicarbonate de sodium..... 170 mg

Sulfate de sodium anhydre..... 285 mg  
Hydrogénophosphate de sodium anhydre..... 195 mg

Excipient q.s.p..... 1 comprimé effervescent

**indications:**  
• Préconisé dans les douleurs, brûlures, aigreurs de l'estomac ou de l'œsophage.

يحفظ الأنبوب مغلقاً بمعزل عن الحرارة والطربة  
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

# NORMOGASTRYL

20 comprimés effervescents



**NORMOGASTRYL**

LOT 03053 8  
EXP 05/2024  
PPV 120H00

**Posologie:**  
1 à 2 comprimés à faire dissoudre dans un verre d'eau  
après les repas ou au moment des malaises digestifs.  
Lire attentivement la notice.

لا يشرب في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Laboratoires **LAPROPHAN S.A.**  
21 Rue des Oudaya - Casablanca  
Fabriqué au Maroc sous licence des Laboratoires UPSA (France).

**NORMOGASTRYL**

20 comprimés effervescents

6 1118000 030904



# نورموگاسترييل

قرصاً فافراً 20



## الأنبوب

**Composition:**  
Bicarbonate de sodium..... 170 mg

Sulfate de sodium anhydre..... 285 mg

Hydrogénophosphate de sodium anhydre..... 195 mg

Excipient q.s.p..... 1 comprimé effervescent

**indications:**  
• Préconisé dans les douleurs, brûlures, aigreurs de l'estomac ou de l'œsophage.

يحفظ الأنبوب مغلقاً بمعزل عن الحرارة والطربة  
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

# NORMOGASTRYL

20 comprimés effervescents



**NORMOGASTRYL**

LOT 03053 8  
EXP 05/2024  
PPV 120H00