

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-766341

*de Louisa*

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Société :

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Pensionné(e)

Autre :

*GHANNAM Mrs HASSAN*

*25/05/47*

*16, me Constantine RABAT*

*06 63 04 19 00*

Total des frais engagés :

*182,00 Dhs*

### Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Pensionné(e)

Autre :

*A.C.H.A.T.S Libres*

### Autres

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *22/11/22*

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-766341

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 : *1670*  
 Nom de l'adhérent(e) : *GHANNAM*  
 Total des frais engagés : *182,00*  
 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
				INP : [REDACTED]

### EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sawmaya Place de l'Unité Africaine - Rabat Tél.: 05 31 72 02 59	15/04/12	182,00
	19/04/12	182,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### VOLET 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Coefficient des travaux [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Montants des soins [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Début d'exécution [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Fin d'exécution [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Coefficient des travaux [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Montants des soins [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Date du devis [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Date de l'exécution [REDACTED]

O.D.F.  
PROTHESSES DENTAIRES

H	25533412	G	21433552
D	00000000	B	00000000
	00000000		00000000
	35533411		11433553

[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

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 : 19/11/2022

FACTURE N°: 6343

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	ALGANTIL CPS EFFERV.20	26,80	7	53,60
2	DOLIPRANE 1G CP EFFERVESCENT	14,60	7	29,20
2	RINOMICINE SACHETS.10	22,70	7	45,40
2	VITA C 1000 LAP.20 CPS EFF.	26,90	7	53,80

TVA 7%: 11.91 Total : 182,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :  
CENT QUATRE-VINGT DEUX DIRHAMS

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

Acide ascorbique (Vitamine C)..... 19  
Excipients q.s.p..... 1 comprimé effervescent

Sodium - Aspartam - Jalone orange S  
Voir notice pour plus d'informations

السراغ كوكاين (لبنان) ..... فوسفات زار ..... 1

السواعات المعدودة بتغييرها ..... 1

المرحوم - الإسرايل - أسد يهود ..... 5

أطراف (البريميد من المطراب ..... 1

تحتوي هذه المادة على 10 غ من حمض الأسكوربيك.

هذه المادة مشتملة على مكونات الصيدلانية ..... 1

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'Afrique du Nord - 21, RUE DES OUDOUNA - CASABLANCA - MAROC

# Vita C 1000®

VITAMINE C

sans sucre

10 comprimés effervescents

Laprophan



Vita C 1000®  
10 comprimés  
effervescents  
sans sucre



6 118000 032083

مخصوص للبالغين والاطفال ما فوق 15 سنة -  
الدواء ..... مواد الاستعمال - كافية الاستعمال،  
 RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.  
 POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -  
 MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحافظ الانبوب مغلقا بعمق عن الضرر والجراثيم.  
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.

AMM N° 29 DMP/21

فิตامين س  
بدون سكر  
1000 ملليلتر

أbras فـ سـ اـ سـ

لـ بـ رـ وـ فـ انـ

Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 09/2024  
LOT 19036 2

Acide ascorbique (Vitamine C).....1g  
Excipients q.s.p.....1 comprimé effervescent

**EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:**

Voir notice pour plus d'informations

卷之三

Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique.

**السواغات المعروفة بتأشيرها**  
السرديوم - الأسازلام - أسطر برقاني ٥

Vita C 1000®



**sans sucre**  
10 comprimés effervescent

VITAMINE C

Lannan

88

10 comprimés effervescents

三

1

三

9-18000

AMM N° 20

MINI 23

AMM N° 29 DMP/21

An orange arrow pointing to the right, with a registered trademark symbol (R) at the top right corner.

۴۰

مکالمہ  
۱۰



**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 09/2024  
LOT 19036 2

# Doliprane®

## PARACÉTAMOL

### 1000 mg



b  
bottou s.a.  
B2, Allée des Cauchois - Ab Sefha - Casablanca  
S. Bachachi - Pharmacien Responsable

#### COMPRIMÉ

**ADULTE**  
10 Comprimés

#### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

**VOIE ORALE.** Les comprimés sont à avaler râs quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).  
1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.

**Attention :** ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.  
**TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VIE DES ENFANTS**  
Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

دوليبران  
بارا-سيتامول  
1000 ملغم

دواعی  
بارا-سيتامول



أقراص

بـ ١٠٠٠  
بـ ١٠٠٠  
بـ ١٠٠٠  
بـ ١٠٠٠

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972

#### COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

**INDICATIONS**  
Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : ille attendrement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre pharmacien.

# Doliprane®

## PARACÉTAMOL

### 1000 mg



b  
bottou s.a.  
B2, Allée des Cauchois - Ab Sefha - Casablanca  
S. Bachachi - Pharmacien Responsable

#### COMPRIMÉ

**ADULTE**  
10 Comprimés

#### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

**VOIE ORALE.** Les comprimés sont à avaler râs quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).  
1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.

**Attention :** ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.  
**TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VIE DES ENFANTS**  
Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

دواعنْ ملَعْ 1000

باراصيبطامول



أقراص

بـ [الدواء] بـ [الدواء] بـ [الدواء]  
بـ [الدواء] بـ [الدواء] بـ [الدواء]

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

#### COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

**INDICATIONS**  
Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : ille attendrement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre pharmacien.



ج.ل. ٢٠

ALGANTIL  
ج.ل. ٩٩-١١

ج.ل. ٢٠٠ ج.ل. ٣٣٣

ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents

PPV 26DH80

EXP 04/2025  
LOT 24010 2

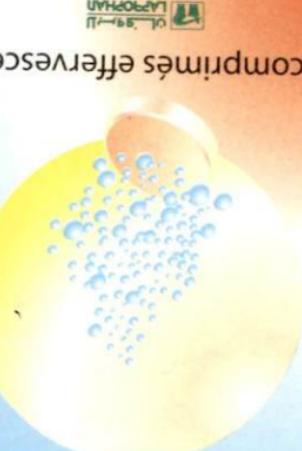
- INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**  
- Maux de tête - Douleurs accompagnant les syndromes ORL et stomatologiques - Courbatures - Etats grippaux - Douleurs dentaires - Affections fébriles.
- POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**  
Réservé à l'adulte (à partir de 12 ans)  
1 à 2 comprimés effervescents à 200 mg en dose initiale puis 1 comprimé effervescent toutes les 6 heures sans dépasser 1200 mg/24 heures. Les comprimés effervescents doivent être dissous dans un verre d'eau et pris de préférence au cours des repas.
- CONTRE-INDICATIONS, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI, EFFETS INDESIRABLES :**  
Voir notice

20 comprimés effervescents

DOULEURS  
MAUX DE TÊTE

Ibuprofène

200 mg



ج.ل.

٢٠٠

ج.ل.

٣٣٣

ج.ل.

١١٣

ج.ل.

٢٠٠

ج.ل.

٣٣٣

ج.ل.

١١٣

ج.ل.

٢٠٠

ج.ل.

ALGANTIL® 200 mg

®

ALGANTIL® 200 mg  
20 comprimés effervescents

©

LAPROPHARM

ج.ل. ٩٩-١١

LAPROPHARM



ج.ل. ٢٠

ALGANTIL  
ج.ل. ٩٩-١١

ج.ل. ٢٠٠ ج.ل. ٣٣٣

ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents

PPV 26DH80

EXP 04/2025  
LOT 24010 2

- INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**  
- Maux de tête - Douleurs accompagnant les syndromes ORL et stomatologiques - Courbatures - Etats grippaux - Douleurs dentaires - Affections fébriles.
- POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**  
Réservé 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 1200 mg/24 heures. Les comprimés effervescents doivent être dissous dans un verre d'eau et pris de préférence au cours des repas.
- CONTRE-INDICATIONS, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI, EFFETS INDESIRABLES :**  
Voir notice

20

comprimés effervescents

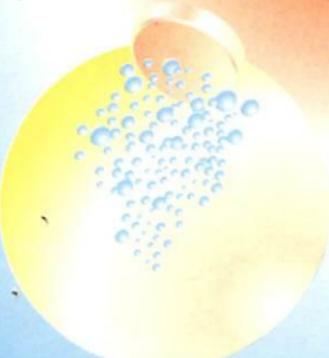
DOULEURS  
MAUX DE TÊTE

Ibuprofène

200 mg

20 comprimés effervescents

ALGANTIL  
ج.ل. ٩٩-١١



ج.ل.

٢٠٠

ج.ل.

٣٣٣

ج.ل.

١١

ج.ل.

٢٤٠

ج.ل.

١٠

ج.ل.

**FORMULE :**  
Ibuprofène ..... 200 mg

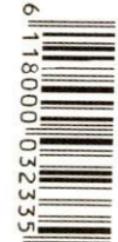
Excipient qs... 1 comprimé effervescent  
Cette boîte contient 4.000 g d'ibuprofène.

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

**Ne pas laisser à la portée des enfants**

**يحفظ في البرد عن الماء والرطوبة.  
لا يترك في متناول الأطفال.**

AMM N° 1186 DMP/21  
الدواء رقم ٢١ - المختبرات المغربية لافريقيا



ALGANTIL® 200 mg  
20 comprimés effervescents

LAPROPHARM  
ج.ل. ٩٩-١١

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

نجم ملمس



أكياس  
10

مختبرات الصيدلة فارما ٥  
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

مسحوق للاحتضاب ١١

٢٢,٢٠

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

نجم ملمس



مسحوق للاحتضاب ١١

أكياس 10

٢٢,٢٠

مختبرات الصيدلة فارما ٥  
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول