

## 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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-788452

COTPLÉTENT

15279

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12884 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LABRIN SOFIAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 91 56 75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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

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 : NSR Le : 21/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>					
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>	
.....	.....	.....	.....	INF : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
.....	.....	.....	.....		
.....	.....	.....	.....		
.....	.....	.....	.....		
.....	.....	.....	.....		

[illegible]

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

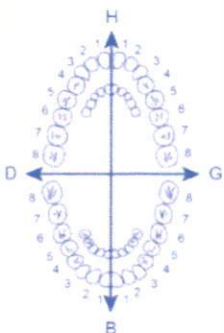
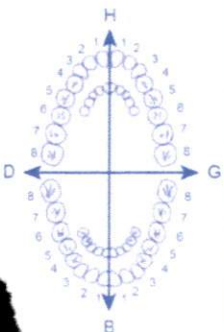
[illegible]

# 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	DNP : <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"/>	
				<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> <p>B</p>				
				<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>				
							MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
							DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
							DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

## ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.
- Soins dentaires :** Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable et obligatoire.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale :** la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- Délai de remise des pièces :** Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

### Protection des données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : [conformite@wafaassurance.co.ma](mailto:conformite@wafaassurance.co.ma)

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 00008373600004  
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17 99 portant code des assurances  
[www.wafaassurance.ma](http://www.wafaassurance.ma)

DECLARATION DE MALADIE : 21754541

CAISSE INTERPROFESSIONNELLE  
MAROCAINE DE RETRAITE

29 NOV. 2022

C.I.M.R CASABLANCA  
DRH

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté : 588

Nom et prénom de l'assuré

Fatme Lotfi Lqori

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

1185,70 dirhams

Cachet du médecin :

Docteur FATHI Naïb Med  
Allergologie Immunologie - Clinique  
Maladies / Chirurgies Asthme  
Expert Assemblée près Les Tribunaux  
104 Rd. du 11 Janvier 1er Etage - Casa  
Tél : 05 22 54 55 55

Date de la consultation :

17/11/2022

Nom et prénom du malade :

Lotfi Fatme

Âge 30

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Rhume allergique

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

*Lotfi Fatme*

DECLARATION

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

21754541



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance









تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : CIMR  
NOM DE L'ASSURE : LOTFI LQORI FATINE  
BENEFICIAIRE : LOTFI LQORI FATINE  
DECLARATION N° : 21754541 /

/ 1033655

CONTRAT N° 9101 60 / 386600  
CERTIFICAT N° 6563996 MATRICULE : 598  
DATE DE LA DECLARATION : 17/11/2022  
DATE DE REMBOURSEMENT : 09/12/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		80%	240.00
9	Pratique médicale courante	600.00		600.00		80%	480.00
15	Pharmacie	285.70		285.70		80%	228.56
TOTAUX		1185.70		1185.70			948.56
OBSERVATIONS :							

\* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

\*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.



Docteur FATHI NAJIB Med

ALLERGOLOGIE

IMMUNOLOGIE CLINIQUE

de la Faculté de Médecine de Nancy

Membre de la Société Française

d'Allergologie et d'Immunologie Clinique

Maladies Allergiques - Asthme

Expert Assermenté près les Tribunaux

104, Bd. du 11 Janvier - 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

الدكتور فتحي نجيب محمد

أمراض الحساسية والضيقة

بكلية الطب بنانسي

عضو في الجمعية الفرنسية لعلوم

المناعة والحساسية

خبير محلف لدى الحاكم

104، شارع 11 يناير الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

Casablanca, le : 17.11.2022 : الدار البيضاء، في:

Lotfi Fathi

68,00

Histanon 1mg

2x 1 15.00

89,30

ATELASTIN 1mg

1x 2 15.00

79,00

NAZIN 1ml

1x 6 30.00

37,40

Neupres 2mg

26,00

3x 4 12 05

786,20

OMEGEN 2A

Docteur FATHI NAJIB Med  
Allergologie Immunologie - Clinique  
Expert Assermenté près les Tribunaux  
104, Bd. du 11 Janvier 1<sup>er</sup> Etage - Casa  
Tél.: 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75



ur l'a  
e pe  
OD®  
nes  
uette  
s e  
ur  
r-Ci  
collyre  
on  
ion  
tr  
éc  
le  
s  
eZ  
g  
j  
ique  
r  
c-  
enu

**NOTICE: INFORMATION DE L'UTILISATEUR**

**Azelastin-COMOD®  
0,5 mg/ml**

Collyre en solution, Flacon de 10 ml  
Chlorhydrate d'Azélastine

Enfants de plus de 4 ans (conjonctivite allergique)  
Enfants de plus de 12 ans (conjonctivite allergique)

Prenez attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Vous devez utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations contenues dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez des questions, demandez conseil à votre pharmacien pour tout conseil ou information. Si vous remarquez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou si vous remarquez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin.

Si vous ressentez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin si vous ne ressentez pas de soulagement après 2 jours.

**Comment utiliser ce médicament?**

Utilisez Azelastin-COMOD® 0,5 mg/ml, collyre en solution.

Prenez les informations à connaître avant d'utiliser Azelastin-COMOD® 0,5 mg/ml, collyre en solution.

Prenez Azelastin-COMOD® 0,5 mg/ml, collyre en solution.

Prenez Azelastin-COMOD® 0,5 mg/ml, collyre en solution.

**Azelastin-COMOD®  
0,5 mg/ml**

Sans agents conservateurs

Chlorhydrate d'Azélastine

Flacon de 10 ml

Collyre en solution

Voie locale / En instillation oculaire

**URSAPHARM**

Steripharma  
PPV: 89,30 dh

A utiliser avant: / Lot n°

06/2023

51

**HISTANORM®  
(Loratadine)**

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATION

Comprimés dosés à 10 mg : boîtes de 15 et 30  
Sirop dosé à 5 mg / 5 ml : flacons de 60 ml et 120 ml

**COMPOSITION QUALITATIVE**

Comprimés

Principe actif

Loratadine

Excipient : lactose monohydrate, cellulose microcristalline, magnésium, talc, croscovidone qsp 1 comprimé.

Sirop

Principe actif

Loratadine

Excipient : acide citrique, propylène glycol, glycérine, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, saccharose, arôme réglisse, eau purifiée qs

**CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE**

Antihistaminique H1

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

- Rhinites allergiques
- Dermatoses allergiques
- Effets secondaires des traitements de désensibilisation
- Urticaire aiguë
- Urticaire chronique idiopathique de l'adulte.

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

- En cas de hypersensibilité à l'un des composants du médicament.

HISTANORM® 10 mg 30 comprimés

PPV 580H00 EXP 12/2023  
LOT 1N028 1

**NEOPRED®  
20 mg et 5 mg  
comprimé effervescent  
Prednisolone**

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.**  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.  
• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.  
• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Instructions  
d'emploi  
du produit  
Prednisolone  
NEOPRED®  
20 mg  
comprimé effervescent  
La dose  
à prendre  
est indiquée  
sur la notice  
Mode  
d'emploi  
En gé  
cours  
Durée



NEOPRED®  
20mg  
PPV : 37,40 DH  
613030-1819

AMM N° : 2801/SDM/PZ/INP

Indications - Contre-indications - Posologie -  
Mode d'emploi - Précautions d'emploi -  
Effets indésirables -  
Rapprochez-vous de votre médecin ou de votre pharmacien après chaque prise.

**NEOPRED®  
Prednisolone 20 mg**



# OMEGEN®

## 20 mg

### Oméprazole

## Omegen® 10 mg et 20 mg Oméprazole

- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Prévention des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

**Enfant :**  
De 10 à 20 kg : 1 gélule d'Omegen® 10 mg par jour.  
Plus de 20 kg : 1 gélule d'Omegen® 20 mg par jour.

**Adulte :**  
Omegen® 10 mg :

- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien : 1 gélule d'Omegen® 10 mg par jour.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien : 10 à 20 mg par jour, adaptée en fonction de la réponse symptomatique et/ou endoscopique.

- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et/ou gastriques : 1 gélule d'Omegen® 10 mg par jour, cette posologie sera portée à 20 mg, en cas d'inefficacité ou en cas de résistance à un traitement d'entretien par les anti-H2.

- Eradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale : soit 1 gélule Omegen® 20 mg matin et soir associée à deux antibiotiques pendant 7 jours suivi par une gélule par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- Ulcère duodéal évolutif : 1 gélule d'Omegen® 20 mg par jour pendant 4 semaines.
- Ulcère gastrique évolutif : 1 gélule d'Omegen® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Œsophagite par reflux gastro-œsophagien : 1 gélule de 20 mg par jour pendant 4 semaines.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien : La posologie est de 1 gélule dosée à 10 mg par jour. Elle pourra être portée à 20 mg en cas de réponse insuffisante.

المرجو الاطلاع بكل انتباه على هذه النشرة قبل تناول هذا الدواء. تتضمن معلومات هامة بشأن علاجك ومرضك. إذا كنت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من الصيدلي. احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قرائتها من جديد.

الاسم :  
نازير 50µg/50mg، معلق للرش الأنفي

معلق للرش الأنفي، علبة تحتوي على قارورة رشاشة بمسحقة القياس نعط

التكوين :

المادة الفعالة الأساسية :

فروتينكزون (DCI) بروبيونيك

ما يعادل فروتينكزون

السواغ :

المادة الفعالة الخافضة

على كوكركونيد للاستعمال الموضعي.

Ciplac Maroc  
elle n'oblige pas

100 x 100 mm

100 x 100 mm



LOT: GA10513  
PER: 09/2023  
PPV: 75 DH 00

Ciplac Maroc  
elle n'oblige pas



Casse le 17.11.2022

Reçu de M<sup>lle</sup> Lotfi Fatime

La somme de six cent dirhams -600 DH  
Pour tests cutanés allergologiques cotés K30  
Ci-joint compte rendu

Docteur FATHI Majid Med  
Allergologie - Clinique  
Maladies Allergiques Asthme  
Expert - essai près Les Tribunaux  
104 Bd. du 11 Janvier 10x Etage - Casa  
Tel. 0522 44 82 74 76



# CABINET D'ALLERGOLOGIE

Dr : FATHI NAJIB MOHAMED  
Allergologie - Immunologie Clinique  
104, Bd 11 Janvier - Casablanca

Com 17.11.2022

Nom : *Ketfi*  
Prénom : *Fatima*

## RESULTAT DES TESTS CUTANES ALLERGOLOGIQUES

### • PNEUMALLERGENES

- Temoin (-)
- Temoin (+) Phosphate de codeine 4

### • ACARIENS

- dpt *4 mm*
- df *h*
- Blomia *h*

### • MOISSISSURES

- Alternaria
- Cladosporium *h*
- Aspergillus

### • PHANERES ANIMAUX

- Chat *h*
- Chien *h*
- Cheval
- Plumes

### • POLLENES

- Graminées (5) *h*
- Graminées cerealaires (4) *h*
- Olivier *h*
- Cyprès
- Mimosa

### • LATEX

### diagnostic

*Rhino conjonctivite allergique.  
as ocreux de pu et  
sensibilisation aux pollens  
d'origine,*

Docteur FATHI NAJIB MOHAMED  
Allergologie - Immunologie Clinique  
Maladies Allergiques - Asthme  
Expert Assermenté près Les Tribunaux  
104 Bd. du 11 Janvier 1er Etage - Casa  
Tél: 0539 41 52 75 / 76