

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.



Diagnostique de remboursement
190266

Déclaration de Maladie : N° S19-0000534

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *11049* Société : *RA7*
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *KARROUTI Youssef* Date de naissance : *02/11/1968*
Adresse :
Tél. : *0707752675* Total des frais engagés : *527,10* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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 : *CASA* Le : *12/01/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

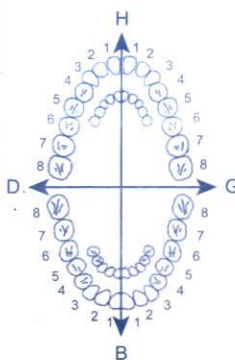
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|--|------------------|-------------|---|
|  | | | | 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VITATINE® Gélules

LOT 23.124/FC20

PER 05/2026

PPC 74,80

Forme & présentation :
Boîte de 32 gélules.
Boîte de 16 gélules.

Composition :
Extrait sec de Fenugrec, Gluconate de Fer, Saccharose, Vitamine E (alpha tocophérol acétate), Vitamine B2, Vitamine B5 (pantothénate de calcium), Vitamine B6 (pyridoxine acétate), Vitamine B12 PO 0.1%WS, Vitamine A (riboflavine), Vitamine B1 (thiamine hydrochloride), Vitamine B8 (biotine 0,1%), Stéarate de rétinyl acétate 325, Vitamine B9 (acide folique), Vitamine B8 (biotine 0,1%), Stéarate de magnésium.

| Valeur énergétique | Par gélule | |
|--|------------|-------------------|
| K-cal | 0,5 | |
| K-joules | 2 | |
| Glucides | 130 mg | |
| Protides | Trace | |
| Lipides | Trace | |
| Analyse moyenne | Par gélule | AJR* % par gélule |
| Extrait sec de Fenugrec | 130,000 mg | 45 |
| Fer | 6,289 mg | --- |
| Saccharomyces Cerevisiae (Levure de bière) | 50,000 mg | 50 |
| Vitamine C | 29,970 mg | 50 |
| Vitamine E | 5,000 mg | 50 |
| Vitamine PP | 8,955 mg | 44 |
| Vitamine B5 | 2,645 mg | 41 |
| Vitamine B6 | 0,816 mg | 49 |
| Vitamine B2 | 0,788 mg | 36 |
| Vitamine B1 | 0,504 mg | 50 |
| Vitamine B12 | 0,0005 mg | 41 |
| Vitamine A | 0,326 mg | 46 |
| Vitamine B9 | 0,092 mg | 50 |
| Vitamine B8 | 0,074 mg | |

* Apport Journalier Recommandé

Propriétés :
VITATINE® gélule associe Vitamines, Fenugrec et Saccharomyces Cerevisiae (Levure de bière) pour une efficacité optimale.

Cette association permet d'améliorer les défenses naturelles de l'organisme tout en stimulant l'appétit et favorise le dynamisme physique et intellectuel au quotidien.

Conseil d'utilisation :

- Amaigrissement (manque d'appétit).
- Fatigue physique et intellectuelle.
- Amélioration des défenses naturelles de l'organisme.
- Convalescence.
- Effort physique (sportif).

Posologie :

2 gélules par jour à prendre de préférence avant les repas.

Fabriqué par STRAPHARM S.N.
Pour RAMO-PHARM

...aire n'est pas un médicament

D-Stress

Complément alimentaire destiné
aux adultes et adolescents

P.P.C : 119 DH

Lot : D/uo:
DS01/23 01/26

Les nutriments apportés par D-stress permettent d'adopter rapidement l'organisme à une situation de stress et d'en diminuer les conséquences comme par exemple la fatigue.

D-Stress® Contient du magnésium, de la taurine, de l'arginine et des vitamines B.

Le magnésium et les vitamines B1, B2, B3, B6, B8 participent au fonctionnement normal du système nerveux.

Le magnésium et les vitamines B2, B3, B5, B6, contribuent au métabolisme énergétique et réduisent la fatigue.

L'acide pantothénique (vitamine B5) contribue à améliorer la résistance au stress et à retrouver des performances intellectuelles normales.

La taurine améliore la fixation du magnésium et le préserve pendant les phases de stress, elle possède également une activité antioxydante.

L'arginine est un acide aminé régulateur du cortisol, médiateur du stress. Il permet également de diminuer l'absorption des graisses.

Conseils d'utilisation :

Pour adultes et adolescents :

2 comprimés par jour à répartir aux repas et à moduler selon vos besoins. Les doses peuvent être augmentées sur avis médical, pour répondre à une situation particulière.

Durée recommandée :

En cure régulière ou de manière ponctuelle pour répondre à une situation de stress ou de fatigue.

Présentation :

Boîte de 20 comprimés
Boîte de 40 comprimés

D-stress est généralement utilisé pour :

- Fatigue intense (psychique et /ou physique)
- Stress aigu ou chronique.
- Hyper-émotivité, anxiété.
- Spasmophilie.
- Surmenage.
- Aide au sevrage tabagique.
- Situations de régime.

Laboratoires SYNERGIA

43 BEAUNE sur ARZON - France

Distribué au Maroc par :

HYPHADIET

9, Rue Rahal Meskini - V.N- Fès
www.hyphadiet.com

FUMAFER® 66mg, boîte de 100 comprimés

Fumarate ferreux

Pour
Veu
contil

25.10 DH
LOT L1096 PER 09/27

Vous devez toujours lire attentivement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information. Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice. Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après (nombre de jours).

- 1- Que contient cette notice :
- 2- Qu'est-ce que FUMAFER, comprimé et dans quel cas est-il utilisé?
- 3- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser FUMAFER, comprimé?
- 4- Comment utiliser FUMAFER, comprimé?
- 5- Quels sont les effets indésirables éventuels?
- 6- Comment conserver FUMAFER, comprimé?
- 7- Informations Supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE FUMAFER COMPRIMÉ ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :

Antianémique, fumarate de fer par voie orale (code ATC : B03AA02 ; B : sang et organes hématopoïétiques).

Indications thérapeutiques :

- Anémie par carence martiale.
- Traitement préventif de la carence martiale de la femme enceinte.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER FUMAFER, comprimé ?

Liste des informations nécessaires à connaître avant la prise du médicament

Contre indication :

Ne prenez jamais Fumafer, comprimé dans les cas suivants :

- Surcharge martiale, en particulier anémie normo ou hypersidérémique telle que thalassémie, anémie réfractaire, anémie par insuffisance médullaire.
- Allergie à la substance active ou à l'un des composants.

Mises en garde spéciales et Précautions particulières d'emploi :

Faites attention avec Fumafer, comprimé, EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Mise en garde :

- L'hyposidérémie associée aux syndromes inflammatoires n'est pas sensible au traitement martial.
- Le traitement martial doit, dans la mesure du possible, être associé au traitement étiologique.

Précautions d'emploi :

- La prévention de la carence martiale du nourrisson repose sur l'introduction précoce d'une alimentation diversifiée.
- La consommation importante de thé inhibe l'absorption de fer.
- Un contrôle de l'efficacité est utile après 3 mois de traitement : il doit porter sur la correction de l'anémie (Hb, VGM) et sur la restauration des stocks de fer (fer sérique et saturation de la sidérophiline).

Interactions avec d'autres médicaments :

Nécessitant des précautions d'emploi :

LOT: 230883
DLUO: 10/2026
69,00 €

Deva
Pharmaceutique

ium.

leur efficacité dans les états

Dr. Sabrina CHTIOUI

Omnipraticienne

Diplôme universitaire en diabétologie

Diplôme universitaire en nutrition et diététique

Diplôme universitaire d'échographie générale

Electrocardiogramme (ECG)

Mésothérapie - Acupuncture, Auriculothérapie

Diplôme en Hypnose Médical et Homéopathie

Université de Médecine Paris XIII



الدكتورة صبرين الشتيوي

خريجة كلية الطب

دبلوم جامعي في علاج داء السكري

دبلوم جامعي في التغذية و الحماية الصحية

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الميزوثيرابي - الوخز بالإبر الصينية

دبلوم في التنويم المغناطيسي و الهميوباثي

كلية الطب باريس XIII

Casablanca le: 15/12/2023: Karademi

Zineb

25,10 - Jurofer

18x28zptt 205

74,80 - vitamine . cp

18x28zptt 205

69,00 - Kellone

18x28zptt 205

119,00

287,90

DE stress

18x28zptt 205

PHARMACIE DU GÉURÉ
Docteur en Pharmacie
Angèle Rachid
Tél: 0522 52 52 51 - 0522 52 52 51
159, 1

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 remises 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

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

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17 99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 23700490

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté : 659

Nom et prénom de l'assuré

KARAOUA SIHAM

Type de déclaration

☒ Médical ☐ Dentaire ☐ Optique

Total des frais engagés

537,900 dh

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

05/12/2023

Nom et prénom du malade :

Karroumi Zineb

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfants

Nature de la maladie :

Asthme + Anémie

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

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°

KARROUAMI ZINEB

05/12/2023

23700490



تأمين الوفاء
Wafa Assurance



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : Wafa Assurance / 11831 / 32
NOM DE L'ASSURE : RABAOUA SIHAM
BENEFICIAIRE : KARROUMI ZINEB
DECLARATION N° : 23700490 /

CONTRAT N° : 9000 60 / 648100
CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE:659
DATE DE LA DECLARATION : 05/12/2023
DATE DE REMBOURSEMENT : 25/12/2023

| CODE ACTE | NATURE DES PRESTATIONS | VOUS AVEZ PAYE | REMB. ASSUREUR DE BASE | BASE DE REMB. | * COEFF. | TAUX REMB. | MONTANT DE REMB. |
|----------------|--------------------------|----------------|------------------------|---------------|----------|------------|------------------|
| 5 | Consultation spécialiste | 250.00 | | 250.00 | | 85.00% | 212.50 |
| 15 | Pharmacie | 287.90 | | 287.90 | | 85.00% | 244.72 |
| | TOTAUX | 537.90 | | 537.90 | | | 457.22 |
| OBSERVATIONS : | | | | | | | |

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

Filiale d'Attijariwafa Bank

Wafa Assurance S.A au capital de 350 000 000 DH - 1, Boulevard Abdelmoumen - Casablanca - Tél : 0522 54 55 55 - Agréée en tant que compagnie d'assurances au sens de la loi 17-99 par décision du ministère des finances sous n° 52-06 en date du 06 Janvier 2006 - R.C : 31719 - I.F : 01085467 - I.C.E : 000083736000004
شركة مجهولة الإسم رأسمالها 350 000 000 درهم - 1، شارع عبدالمومن - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 54 55 55 - س.ت : 31719 - ت.ض : 01085467 - ت.م : 000083736000004
www.wafaassurance.ma