

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

- 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



*Récompte de remboursement  
105666*

Déclaration de Maladie : N° S19-0000505

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11049 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

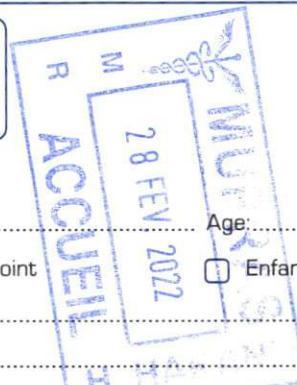
Nom & Prénom : KARLOVNA YOELISE Date de naissance : 02/11/1968

Adresse :

Tél. : 0707772675 Total des frais engagés : 139,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Age : .....

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

Signature de l'adhérent(e) : ml

Le : 28/02/2022



**Décompte de Remboursement**  
**Maladie-Maternité**

CONTRACTANTE : WAFA ASSURANCE

/ 9448 /

CONTRAT N° : 9000 60 / 648100

NOM DE L'ASSURE : RABAOUA SIHAM

CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE: 659

BENEFICIAIRE : RABAOUA SIHAM

DATE DE LA DECLARATION : 21/01/2022

DECLARATION N° : 19453209

/

DATE DE REMBOURSEMENT : 08/02/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
15	Pharmacie	139.90		139.90		85.0%	118.92
	TOTAUX	139.90		139.90			118.92
OBSERVATIONS :							

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

# 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 : conformité@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. ABDELMOUNEN - 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 : 19453209

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

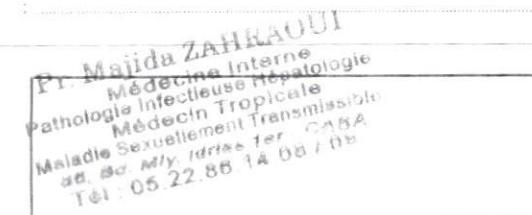
Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés



Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : Time Rabah S. Age

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfants

Nature de la maladie :

Infection bronchopulmonaire Aigue

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°



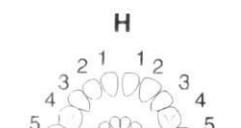
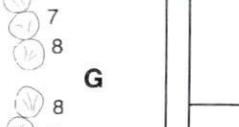
19453209

تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	21/01/2022	<p style="text-align: center;">Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes</p> <p style="text-align: center;">Médecine Infectieuse et Hépatologie Pathologie Médicale en Tropicale Maladie Sexuellement Transmissible Maladie Sexuelle Fâcheuse (MSF) - CASI Tél: 05 22 86 14 08 - 09</p>	C3 Gratuit
Pharmacie	21.1.2022	<p style="text-align: center;">PHARMACIE LA FRICHE 550, Bd. Al Qods, Marabout, Casablanca, Maroc Tél: 05 22 52 40 29</p>	139.90
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			

leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS  FACTURE

<b>SOINS</b>  <b>D</b>  <b>B</b> <p>Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets, indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets</p>	<b>PROTHESE</b>  <b>H</b>  <b>G</b> <p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : <input type="text"/></p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p> <p>Date : <input type="text"/></p> <p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <input type="text"/></p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p> <p>Date de l'appareillage : <input type="text"/></p>
---	---

## VOLET DÉTACHABLE

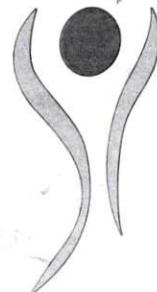
Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

pièce de remplacement

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE  
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER  
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX  
DE PARIS

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES  
GERIATRIE  
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
PATHOLOGIES INFECTIEUSES  
DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE  
NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESEITE  
MEDECINE DU SPORT



www.zahraouimajida.com

الدكتورة مجيدة الزهراووي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني  
في كلية الطب بمستشفى باريس  
مساعدة ساقية بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية  
أمراض الشيخوخة  
أمراض الكبد - السننار الباطني  
الأمراض التغذوية  
يلوغة في طب المخاعة من معهد باستور بباريس  
طب التغذية وعلاج السمنة - الطب الرياضي

Casablanca, le 21/03/2022 الدار البيضاء، في

Mme Rabaa S. Ham

11 Relaxine 34 ml  
99.00 ② 21 gelule

2 Tenafin 65 mg  
40.90 ②

1 op x 2 i au ml

éper

139.90

Dr. Majida ZAHRAOUI  
Médecine Interne  
Inologie Infectieuse Hépatologie  
Médecin Tropical  
Maladie Sexuellement Transmissible  
Bd. Mly. Idriss 1<sup>er</sup> - CASA  
05 22 86 14 08 / 09

Résidence El Jawahir 86, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup>. Casablanca

N° Vert : 07 62 988 987 - Tél.: 0522 86 14 08 / 09 / 10  
Fax : 05 22 86 14 09 - E-mail : zahraouimajida@gmail.com

إقامة الجوهر 86، شارع مولاي إدريس الأول. الدار البيضاء

الرقم الأخضر : 07 62 988 987 - الهاتف : 0522 86 14 08 / 09 / 10  
الفاكس : 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني : v:

# ZINASKIN®

(Sulfate de zinc)

## DENOMINATION DU MEDICAMENT

ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescents, boîte de 20.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si elles ont les mêmes symptômes que vous.

- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous constatez une réaction allergique, contactez immédiatement votre pharmacien.

- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous constatez une réaction allergique, contactez immédiatement votre pharmacien.

### Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que ZINASKIN® 45 mg ?

2. Quelles sont les informations à connaitre avant de prendre ZINASKIN® 45 mg ?

3. Comment prendre ZINASKIN® 45 mg ?

4. Quels sont les effets indésirables de ZINASKIN® 45 mg ?

5. Comment se débarrasser des emballages ?

6. Informations pratiques.

### 1 - QU'EST- EFFERVESCENT

Classe pharmaceutique :  
Classe pharmacothérapeutique :  
systémique.  
Code ATC : D10BX (Dermatologie).  
Ce médicament contient du zinc.

### 2 - QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ZINASKIN® 45 mg, COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucre(s), contactez-le avant de prendre ce médicament.

- Ne prenez jamais ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescents (Contre-indications)

Si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

- Faites attention avec ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescents (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)

- Afin d'obtenir une absorption maximale, ZINASKIN® doit être pris à distance des repas.

- Ce médicament contient 413,71 mg de sodium par comprimé effervescent. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

- En raison de la présence du saccharose, ce médicament ne peut être administré en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

Saccharose : 0,350 g par comprimé chez les patients diabétiques.

### 3 - PRISES D'AUTRES MÉDICAMENTS

Informez toujours votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre un autre médicament ou pourriez prendre particulièrement la fer, le calcium, les cyclines ou des fluoroquinolones, le

### 4 - ALIMENTS ET BOISSONS (Interactions)

- Les aliments à forte teneur (légumes, petits pois, lentilles, seigle, avoine...), mais, noix, ... peu le zinc, ce qui diminue son absorption.

- De même, les aliments riches en fer peuvent diminuer l'absorption.

- En conséquence, prenez ce médicament au moins 2 heures d'intervalle, en évitant les aliments et de diminution de l'absorption.

### 5 - UTILISATION PENDANT LA GROSSESSE

- N'importe quel médicament pendant la grossesse ne doit être utilisé sans avis de votre médecin.

- Si vous êtes enceinte ou suspectez une grossesse, consultez votre médecin et poursuivez le traitement.

- N'importe quel médicament peut être utilisé pendant la grossesse.

- Consultez votre médecin tout médicament ou sur l'aptitude à conduire des machines.

- Sans objet.

- Exipients à effet notable :

- Sodium.

- Saccharose.

### 6 - COMMENT PRENDRE ZINASKIN® 45 mg, COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

#### - Instruction pour un bon usage

Veuillez à toujours utiliser ce médicament conformément aux instructions de cette notice ou les recommandations de votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre pharmacien.

#### - Posologie, mode et/ou voie(s) d'administration et durée de la thérapie

Dans tous les cas, se conformer strictement aux instructions de votre pharmacien.

ZINASKIN® peut être utilisé lors de l'

#### Mode et voie d'administration :

- Voie orale.

Dissoudre le comprimé effervescent.

A prendre à distance des repas (au moins 2 heures).

Écumez le bol alimentaire.

Écumez le bol