

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.



Complément
144994

Déclaration de Maladie : N° S190000518

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11049 Société : RAA
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KARROUN, Youssef Date de naissance : 02/11/68
Adresse :
Tél. : 077 7526 75 Total des frais engagés : 564,30 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 : CAJA Le : 12/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

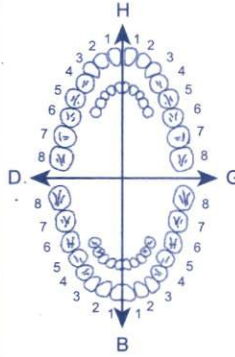
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

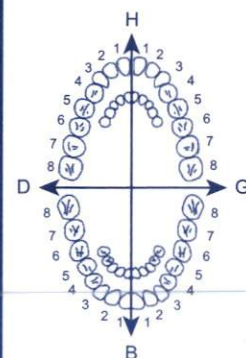
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : Wafa Assurance / 1043 /

CONTRAT N° : 9000 60 / 648100

NOM DE L'ASSURE : RABAOUA SIHAM

CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE:

BENEFICIAIRE : RABAOUA SIHAM

DATE DE LA DECLARATION : 21/12/2022

DECLARATION N° : 21311290 /

DATE DE REMBOURSEMENT : 03/01/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
1	Consultation	150.00		150.00		85.0%	127.50
15	Pharmacie	414.30		414.30		85.0%	352.16
	TOTAUX	564.30		564.30			479.66
OBSERVATIONS :							

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

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

TABLIR 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 réglemens seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE

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



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - 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 : 21311290

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

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 :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

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

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS

CERTIFICAT N°

21311290



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

الدكتور حسن بوطالب
Docteur Hassan Boutaleb

DE LA FACULTÉ DE GRENOBLE

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômé en Médecine du Travail
Ex. Médecin au Service de Cardiologie
de l'Hôpital El Ghassani - FES
Médecin Assermenté
Expert auprès des Tribunaux
Membre de la Société Française
de Médecine du Travail

خريج كلية كرنوبل

الطب العام

إختصاصي في طب الشغل
طبيب سابقا بقسم أمراض القلب
بمستشفى الغساني بفاس
طبيب محلف مقبول لدى المحاكم
عضو في الجمعية الفرنسية
لأطباء الشغل

Amo SIHAN

RABAT

Casablanca, le 21.12.2022 في الدار البيضاء،

124

1/ Levamox 1gr sachet (1 Boite de 15)

4780 1 sachet mat et soir aut rep.

2/ Dagen

4900 2 dragées mat et soir, au cours de rep.

3/ Apixol simp adulte

830 2 caie

4/ Docu-Vop spray buccal

2 Rst

162, شارع عبد المومن - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 99 01 77 - الفاكس: 05 22 25 32 24 - 05 22 99 01 77
162, Bd Abdelmoumen - CASABLANCA - Tél.: 05 22 25 32 24 / 05 22 99 01 77 - Fax : 05 22 99 01 77
البريد الإلكتروني: E-mail: h-boutaleb@menara.ma

صيدلية
PHARMACIE ACHIR
101 Bd EL Oudjjet Mandarona
Rue 14 Inara Al Anchoh Casa
Tel : 05 22 52 82 53

14,50 5/ Doliprane 1gr oprie a' d'ail S.V

26,90 6/ VIT C 1000 rep: mat et soir au cours d'apr. S.V

23,30 7/ Zinaskin 15mg rep: eff. a' 10H S.V

16,30 8/ Soufrane sol: nabele rep: eff. a' 10H S.V

414,30

صيدلية عشير
PHARMACIE ACHIR
101 Bd El Qods Lot Mandarona
Rue 14 Inara I Ainchoh-Casa
Tel: 05 22 52 82 53

الدكتور حسن بوطالب
Docteur Hassan BOUTALEB
Médecine Générale Médecine du Travail
Expert Assermenté
162, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 25 32 24 - Fax: 05 22 99 01 71
E-mail: h-boutaleb@menara.ma

soufrane®

thiophène

EFFETS

COMME TOUT PRO
CERTAINES PERSON
MOINS GÉNANTS, r

NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU
DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON
SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS
CETTE NOTICE.

CONSERVATION

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation figurant sur le condi-
tionnement extérieur.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

À conserver à une température inférieure à 25°C.

DATE DE RÉVISION DE LA NOTICE

Janvier 2005



Laboratoires
SYNTHEMEDIC

sanofi-synthelabo

Vita C 1000®
(Acide ascorbique)

• VITA C 1000
comprimés eff
• Si votre fati
s'accompagne
ou de votre ph
• En raison d'u

DENOMINATION

VITA C 1000®
VITA C 1000®
VITA C 1000®

Veuillez lire
elle contient
Vous devez
les inform
pharmacie
Gardez ce
Adressez-
Si vous ressen
à votre pharm
Si vous remar
mentionné dan
Vous devez vo
amélioration o
si vous vous s

PPV 26DH90

EXP 08/2025
LOT 280586

Vita C 1000®

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents et dans quel cas sont-ils utilisés ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
3. Comment prendre VITA C 1000® Comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
6. Informations supplémentaires

1 - QU'EST-CE QUE VITA C 1000® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISÉS ?

- Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité
ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C), NON ASSOCIÉE - code ATC: A11GA01.

Indications thérapeutiques

Ce médicament contient de la vitamine C.
Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans.
Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 1 mois de traitement.

2 - QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE VITA C 1000® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre VITA C 1000® comprimés effervescents.

- Ne prenez jamais VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents (Contre-indications)

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament
- si vous êtes atteint de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépitée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame (VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents)
- si vous présentez une insuffisance rénale sévère (défaillance grave des fonctions du rein)
- si vous présentez ou avez présenté des calculs rénaux
- si vous avez des calculs d'oxalate de calcium (hyperoxalurie)
- si vous avez moins de 15 ans

- Faites attention avec VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents.

• La vitamine
notamment d
médecin si de

• VITA C 1000
• Ce médica
prendre en
sodium.

• En raison de
chez les pati
malabsorptio
(maladies hér

• Ce médica
dont il faut te
sucré ou de d

• Ce médica
peut provoq

• VITA C 1000
• Ce médica
prendre en
sodium.

• Ce médica
l'aspartame d
personnes à
caractérisée
correctemen

• Ce médica
peut provoq

• Enfants et
Sans objet.

• Prises d'au
Informez vo
pourriez pre
Ce médica
contiennent
conseillées.

• Aliments et
Prendre en
enrichis et d

• Utilisation
Si vous étai
planifiez un
de prendre

• Grossesse
Par mesure
pendant la

• Allaitement
La vitamine
sur les effets
il est préfé

ZINASKIN®

(Sulfate de zinc)

ZINASKIN® 30 Comprimés effervescents

PPV 23DH30
EXP 08/2024
LOT 190254

u à
as de

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

ZINASKIN®, 15 mg, comprimés effervescents, boîte de 30
(Sulfate de zinc)

Veuillez 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 à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Les 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.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

- Sulfate de zinc

Quantité correspondant à zinc métal 15 mg/comprimé effervescent
Excipients : Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium, Sorbitol, Benzoate de sodium, Cyclamate de sodium, Saccharine sodique, Arôme polvaromas citron menthe 27G111, Arôme polvaromas caramel 17M305, Talc, Ethanol à 96%, Eau purifiée

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium, Sorbitol.

3. CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Elément minéral

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- Acné inflammatoire de sévérité mineure et moyenne

- Acrodermatite entéropathique.

5. POSOLOGIE

La posologie sera adaptée à chaque indication, ainsi qu'à la gravité des symptômes.

Posologie - Durée d'administration

- Acné :

La dose journalière usuelle est de 2 comprimés effervescents de ZINASKIN® 15 mg en une seule prise le matin à jeun ou à distance des repas, pendant 3 mois.

La dose sera ramenée ensuite à 1 comprimé effervescent/jour.

ZINASKIN® 15 mg, comprimés effervescents peut être utilisé lors de l'exposition solaire.

- Acrodermatite entéropathique :

1 comprimé effervescent/jour au moins jusqu'à la puberté ou il peut être nécessaire d'augmenter la posologie à 2 comprimés effervescents par jour.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Dissoudre le comprimé effervescent dans un verre d'eau.

À prendre à distance des repas.

Fréquence d'administration

1 à 2 prises par jour.

6. CONTRE-INDICATIONS

• Hypersensibilité à l'un des composants.

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

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDÉSIRABLES

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, LE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

ZINASKIN® est doué d'une très bonne tolérance.

Toutefois des manifestations gastro-intestinales, particulièrement à type de douleurs de l'estomac et du ventre ont été signalées. Ces manifestations sont de faible intensité et transitoires.

8. MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI

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

Daphnia magna, *Ceriodaphnia dubia*, *Acanthocyclops vernalis*, *Bosmina longirostris*, *Lepidochere*

Apixol®



Solution buvable

FORMES ET PRESENTATIONS :

Apixol® Adultes - Solution buvable-flacon 200ml.

Apixol® Enfants - Solution buvable-flacon 200ml.

PROPRIETES :

Apixol®, à base d'extraits de propolis, d'échinacée à dégager et apaiser les voies respiratoires et à confort global (Poumons, gorge, nez...) tout en l'organisme.

UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées.
- Gorge irritée.
- Enrouement.

CONSEILS D'UTILISATION :

Apixol® Adultes : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.



8 032578 477337

Lot: 220618
À consommer avant le: 08/2025
PPC: 79,00 DH

DASEN® 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN® 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITATIVE

SERRAPEPTASE

Excipients : stéarate de

cellulose, jaune orangé S

Pour un comprimé enrobé

*1 unité correspond au no

en 1 minute à partir de 1 n

PPV :

EXP :

Lot N° :

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40 .

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antioedémateuse et fluidifiante