

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-664572

94887

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0000684	Société : R.H.M,		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : Veuve BENDAHLARBI	
Nom & Prénom : BEN DAHMANE Rabha			
Date de naissance : 9/11/1940			
Adresse : 06 ABD EL AZIZ BOUTEBER APPT, 07 Kénitra			
Tél. : 06 73 68 87 95	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 10/11/2021	Age:
Nom et prénom du malade : BENDAHMANE Rabha	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Cptit	
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 : Dr. HAMIFOUZIA
N°4, rue Abou Tamam,
Résidence Kouta 8, Bureau N°5

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
10/11/2011	C	1	150,00	DR MAM Fouzia Residence Koutoubia, Bureau 201 INP : 051069359

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAAMORA 30, Rue Hassan Ben Talib Tel : 05 37 37 64 47 - Kenitra	10/11/2011	153,30

ANALYSES - RADIographies

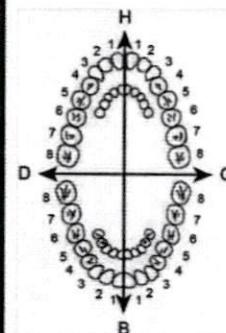
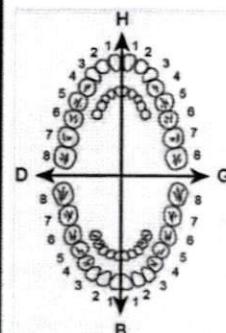
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H 25533412 00000000</td> <td>G 21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>B 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000	B 00000000	35533411 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX 
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000								
D 00000000	B 00000000								
35533411 11433553									
		MONTANTS DES SOINS 	MONTANTS DES SOINS 						
		DATE DU DEVIS 	DATE DE L'EXECUTION 						
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						



خريجة كلية الطب بالرباط و مونبولي 1 (فرنسا)
Diplômée des Facultés de médecine de Rabat et Montpellier (France)

Diplômée en :

- * Médecine Générale
- * Diabétologie
- * Diététique Nutrition
- * Echographie
- * Gynéco Médical

حاصلة على دبلوم :

- * الطب العام
- * داء السكري
- * الحمية والتغذية
- * الفحص بالأمواج فوق الصوتية
- * طب النساء

P.YAP.MACHE MAAMORA
 Mme FARAJ'S Ep. TBER
 30, Rue Hassan Ben Tahbit
 Tel.: 05 37 32 64 47 - Kénitra

Kénitra, le : 10/11/21 القنيطرة في :

BENDAHRANG Rabta

74,80

74,80

- Spectre 700
 110x71+ 51 APR

40,40

- Releosnauyl

38,10

- ultra leu
 110x71+ 51 Auf

153,30

Dr. HAMI Fouzia
 N°4, rue Abou Tamam,
 Résidence Kouta 8, Bureau N°5
 Kénitra

رقم 4 زنقة أبو تمام، عمارة كوثي 8، المكتب رقم 5 - القنيطرة
 N°4, Rue Abou Tamam, Résidence Kouta 8 , Bureau N°5 - Kénitra
 Tél : 05 37 32 19 46 - GSM : 06 51 54 41 05

Molles
100 mg
O
S
A
S
P
A
M
Y
®

Cat
City

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
 Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
 P.P.V. : 40,40 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

le - Boîte de 20
érine et Simo

Érine et Siméticone

ent cette notice avant
ment car elle contient
tantes pour vous.
rendre ce médicament,
ment les informations
notice ou par voire
tacien.

pouvez avoir besoin de la

METEUSPASMTL, capsule molle avec dessous aliments, boissons et de l'alcool
Sans objet.

Grossesse et allaitement

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.
Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant

Si le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

pharmacien avant de prendre tout médicament.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que METEOSPASMYL, capsule molle et dans quels cas est-il utilisé ?
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre METEOSPASMYL capsule molle ?
 3. Comment prendre METEOSPASMYL capsule molle ?
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
 5. Comment conserver METEOSPASMYL, capsule molle ?
 6. Informations supplémentaires.

3. COMMENT PRENDRE METEOSPASYL