

## 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.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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 caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdella Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupr



## Déclaration de Maladie

N° W21-673681

107455

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6229	Société : R + 1		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Béchir Abd KHAL			
Date de naissance : 01/12/1962			
Adresse : Vauval Sétif 62@gmail.com			
Tél. : 06 06 31 02 10	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / /			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

# 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, parodontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable est 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

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 : 17640333

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

Docteur SEMMAMI Mouna  
OMNIPRATICIENNE  
Rés. Al Mostakbal - GH 34 Imm 300  
N° 1, Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casa  
Tél : 05 22 97 26 91

07 FEV 2022

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : Mme Jamal Soumia Age  

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection ORL + Diabète et urinaire

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

17640333

DECLARATION : ..... CERTIFICAT N° : .....

CONTRAT N° : ..... NOM DU MALADE : .....

DATE DE CONSULTATION : .....

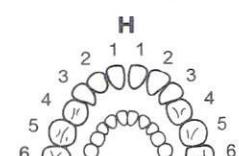


تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	<p>07 FEV 2022</p> <p>Docteur SEMMAMI NIOURI OMNIPRATICIENNE Mostakbal - GH 34 Imm 300 Rés. Al Qods - Sidi Maârouf - Casa N° 1, Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casa Tél : 06 22 97 26 51</p>	180,00
Pharmacie	<p>07/12/22</p> <p>PHARMACIE FLORIDA Dr. CIADOUNIA Lotissement Florida, Lot. 281 Sidi Maârouf - Casa Tél-Fax: 0522 32 19 59</p>	298,50
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

Le praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS  FACTURE

SOINS	PROTHESE
	<b>H</b> <b>G</b>
	<b>D</b> <b>G</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>	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins</p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p> <p>Date : </p> <p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p> <p>Date de l'appareillage : </p>

## VOLET DÉTACHABLE

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



CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 9509 /  
NOM DE L'ASSURE : JAMAL SOUMIA  
BENEFICIAIRE : JAMAL SOUMIA  
DECLARATION N° : 17640333 / 17640333

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800  
CERTIFICAT N° : 3872427 MATRICULE: 3872427  
DATE DE LA DECLARATION : 23/02/2022  
DATE DE REMBOURSEMENT : 28/02/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
1	Consultation	180.00		180.00		80.0%	144.0
15	Pharmacie	298.50		298.50		80.0%	238.8
TOTALS		478.50		478.50			382.8
OBSERVATIONS :							

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

# MeteoSpasm<sup>®</sup>

## Capsule molle - Boîte de 20 Citrate d'alvérine et Siméticor

**METEOSPASMYL®** B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.V. : 40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diori - Casablanca  
6 11 8801 100293

METEC  
aliment  
Sans objet.

### Grossesse et allaitement

#### Grossesse

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

Vous devez éviter de prendre ce médicament si vous allaitez. Demandez conseil à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

- Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la re lire.
- Adresser 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. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

### 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 METEOSPASMYL, capsule molle ?

#### Posologie

RESERVE A L'ADULTE

1 capsule 2 à 3 fois par jour.

# MUXOL® 0.3%

Solution buvable en flacons de 125 ml et 250 ml  
(Chlorhydrate d'Ambroxol)

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

en.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, ce médicament vous a été prescrit par un pharmacien. Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous parlez-en à votre pharmacien.

#### 1- COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif :

Chlorhydrate d'Ambroxol

Quantité Correspondant à Ambroxol base (0,273 g).

Excipients : Glycerol, Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, Arôme banane (Acétale de fururylique, acétate d'isomylle, acétate d'isobutylique, acétate de méthyle-3-butényle, acétone, butyrate d'amyle, delta-décalactone, eugénol, pipérolone, propionate de benzyle, maltol, vanilline, propyléneglycol), Acide citrique monohydrate, Eau purifiée.

Excipients à effet notoire : Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle.

0.300 g

qsp 100 ml

#### 2- CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ

MUCOLYTIQUES.

(R : SYSTÈME RESPIRATOIRE).

#### 3- INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Traitement des troubles de la sécrétion bronchique de l'adulte et de l'enfant, notamment au cours des affections bronchiques aigües et des épisodes aigus des bronchopneumopathies chroniques.

Ce médicament est expectorant. Il facilite l'évacuation par la toux des sécrétions bronchiques.

#### 4- POSOLOGIE

• Chez l'adulte :

Posologie usuelle : 1 cuillère à soupe matin et soir.

• Chez l'enfant :

Plus de 5 ans : 1 cuillère à café trois fois par jour ;

2 à 5 ans : 1/2 cuillère à café trois fois par jour.

#### Mode d'administration

Voie orale

#### Fréquence d'administration

Les prises seront espacées à intervalle régulier.

#### Durée de traitement

La durée du traitement ne dépassera pas 8 à 10 jours sans avis médical.

#### 5- CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais MUXOL, solution buvable :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament ;

- Ne donnez pas MUXOL à votre enfant de moins de 2 ans.

#### 6- EFFETS INDÉSIRABLES

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Rare : pouvant survenir au maximum chez 1 personne sur 1 000 :

Réaction d'hypersensibilité ;

Erption cutanée, urticaire.

Fréquence indéterminée : ne peut être estimée sur la base des données disponibles :

Réactions anaphylactiques, dont choc anaphylactique, angio-œdème (gonflement rapide de la peau, du tissu sous-cutané, de la

muqueuse ou du tissu sous-muqueux) et prurit ;

Réactions cutanées sévères (dont érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson/syndrome de Lyell et pustulose exanthématique aiguë généralisée) ;

Trouble digestif mineurs à type de nausées, vomissements, brûlure d'estomac. Il est conseillé dans ce cas de diminuer la

posologie.

Maux de tête, vertige.



Diplômée en expertise médicale  
et réparation du dommage corporel  
Diététique Médicale et Nutrition  
Dermatologie interventionnelle

Médecine Générale

جازة في الخبرة الطبية  
و إجبار الضرر  
التربية الغذائية والحمية  
التدخل الجلدي

الطب العام

Casablanca, le 07 FEV 2022 الدار البيضاء، في :

ame Jamal Soumia :

40,00x2

1°/ Néfco Spasmol (S.V) 240x2 (5) entre les repas  
Moi

2°/ Nefanaz (S.V)

32,60 2 doses/ marine le soi

3°/ Nuxol (S.V) x 3/5

4°/ 10 1 (S.V)

5°/ E 50x 100 (5)

6°/ 298,50 140 (5)

إقامة المسمى: GH 34  
Résidence Al Moustakbal, GH 34, Imm. 300, N°1 Bd. Al Qods, Sidi Maârouf - Casablanca

فلاور PHARMACE FLORIDA  
Dr. ZIAD Mounia  
Lotissement Florida  
Sidi Maârouf, Lot. 281  
Tél-Fax : 0522 32 19 59

Dr. Mouna SEMMAMI  
OMNIPRATICIENNE  
Rés. Al Moustakbal - GH 34 Imm. 300  
N°1 Bd. Al Qods - Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél : 05 22 97 26 91



05 22 97 26 91

091165589