

## 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.

### 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 Aïla Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïla 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° W21-680198

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10323 Société : FAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AZZAB Ouhamed  
 Date de naissance : 06/11/1974  
 Adresse : 3 rue Rafael Narjard Ros. Had  
 Fe. Fontouh Imm. C Apt 11 Casa  
 Tél. : 0662 22 0975 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : AZZAB Ouhamed  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Autisme  
 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 : 16/04/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. RAMDANI BENYOUNES  
 Néphrologue - Dialyse  
 Transplantation Rénale  
 Clinique la Source  
 INP : 0910 31 898





# 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
16/4/22	S	3.00	21.00	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**PRÉFÉRÉNTIEL BÉNÉVOLES**  
 Néphrologie - Dialyse  
 Transplantation Rénale  
 Clinique la Source  
 INP : 09 10 34 896

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie M. LAHRICH - 05 22 61 41 74 Rue 7 Ain Boudia	16/04/22	27,50

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>										
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>										
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>										
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D	G														
	00000000 35533411	00000000 11433553														
B																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



ORDONNANCE

Casablanca, le :

16/11/2022

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

ENDO-UROLOGIE العلاج المنطاري  
LITHOTRITIE تقطيت الحصى

الجراحة العامة و المنطارية

CHIRURGIE GENERALE

COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش و جميع

الاختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES

SPECIALITES MEDICALES

مركز تقطيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE

EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD



Pr. RANDANI BENYOUNES  
Nephrologie - Dialyse  
Transplantation Rénale  
Clinique La Source  
INP : 0910 31 898



# Spasfon® 80 mg

## Comprimé enrobé

Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol

**Veillez 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 plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de 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.

### COMPOSITION :

Phloroglucinol hydraté ..... 80.000 mg  
Quantité correspondant en Phloroglucinol anhydre ..... 62,233 mg  
Triméthylphloroglucinol ..... 80 mg  
Pour un comprimé enrobé

**Les autres composants sont :** lactose monohydraté, saccharose, acétate de polyvinyle, amidon de blé, acide stéarique, stéarate de magnésium, talc, gomme arabique, gélatine, dioxyde de titane (E 171), érythrosine (E127), cire de carnauba.

**Excipients à effet notoire :** lactose, amidon de blé, saccharose

### FORME ET PRESENTATION :

Comprimé enrobé Boîte de 30

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

**ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE**

(A : appareil digestif et métabolisme)

(G : système génito-urinaire)

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

### CONTRE-INDICATIONS :

**Ne prenez jamais Spasfon®, comprimé enrobé :**

- en cas d'allergie à l'un des composants.
- en cas d'intolérance ou d'allergie au gluten, en raison de présence d'amidon de blé (gluten).

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

### MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI:

#### Mises en garde

En raison de présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de galactémie, de diabète sucré, de troubles du métabolisme des glucides. En raison de la présence d'amidon de blé, ce médicament ne doit pas être utilisé chez les personnes souffrant de maladie cœliaque ou de sensibilité au gluten. Les comprimés enrobés de Spasfon® contiennent du lactose.

Spasfon®  
30 comprimés enrobés



VOTRE PHARMACIEN

### INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

L'utilisation de ce médicament, ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

L'administration de ce médicament est déconseillée chez la femme qui allaite.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

**Spasfon®** est un traitement symptomatique. La durée du traitement est variable en fonction de l'indication. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin. Posologie

#### Chez l'adulte :

Prendre 2 comprimés par prise, trois fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 6 comprimés par 24 heures.

Les comprimés pourront prendre le relais d'un traitement d'attaque sous forme injectable, à la posologie maximale de 6 comprimés par 24 heures.

#### Utilisation chez les enfants

Cette présentation n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans.

Chez l'enfant de plus de 6 ans : 1 comprimé par prise, deux fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 2 comprimés par 24 heures.

Chez l'enfant de plus de 6 ans, il conviendra de s'assurer que les comprimés peuvent être avalés sinon une autre forme sera préférée.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec un verre d'eau.

### EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, **Spasfon®**, comprimé enrobé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet :

- Manifestations cutanéo-muqueuses et allergiques : éruption, rarement urticaire, exceptionnellement œdème de Quincke, hypotension artérielle, choc anaphylactique.

**Si vous remarquez des effets indésirables mentionnés dans cette notice, informez votre médecin.**

#### CONTRAINDICATIONS

Aucune

Tenir à

Ne pas

date de

Date de

Fabriqué

96, Zone Industrielle Tassila Inezgane Agadir Maroc

Sous licence Acino France

Dr M.E.L. BOUHADI Pharmacien Responsable

ADIR 0718  
CS0009-02