

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

M23- N° 0034040

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11236 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL HANKAoui Noureddine  
Date de naissance : 31/10/1954  
Adresse : F7, 3D Résidence AL WAHDA  
Boulevard MOHAMMED V - BERRECHID -  
Tél. : 06 70 95 19 32 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : EL MOATAQID LAILA Agé : 43 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Mal Rénal  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 71  
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 : Berrechid

Le : 07 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
02 3 24	C		3000	Dr. RABAH YOUSSEF

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 2000 Docteur Kadir L. Zineb 22 bd Mohammed V - BERRECHID Tél: 03 36 03 24	2000 07 03 24	30 80

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

# Docteur Youssef RAHNAOUI

Gynécologue Obstétricien

Diplôme en infertilité du couple et en PMA de l'Université Paris-Descartes (France)

Diplôme en chirurgie coelioscopique de l'université de Clermont-Ferrand (France)

Diplôme en échographie gynéco-obstétricale de l'université Paris Cité Port-Royal (France)

INPE : 061211991

Consultation sur rendez-vous +2120520305519

Nous n'acceptons pas les consultations sans rendez-vous

cabinetdr.rahnaouiyoussif@gmail.com

07 MARS 2024

me ELMOATAQED  
Laila

3080

Muslm 800g (15)



Pharmacie 2000

Docteur Kadiri L. Zineb

22 bd Mohammed V BERRECHID

0222.93.96.05

2ep x 2 l'en sublingual  
si douleur

Dr RAHNAOUI Youssef  
Gynécologue Obstétricien  
21 Bd Hassan II, Lot SA-1  
Appt 1 Berrechid  
INPE 061211991

ORO dispersible



voie orale

# Musfon<sup>®</sup> 80 mg

Phloroglucinol

Deva  
Pharmaceutique

Veuillez lire attentivement l'intégralité

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez besoin de plus d'informations, si vous avez des symptômes identiques, cela pourrait être un effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**Musfon 80mg**

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410256

Deva

ج. واجدي صيدلي مسؤول

نه والرحم

LOT: M1147  
PER: 09/2026  
PPV: 30,80DH

## 1. Dénomination du médicament

MUSFON<sup>®</sup> 80 mg, 10, 20 ou 30 comprimés

## 2. Composition du médicament

Phloroglucinol dihydraté

Quantité correspondant en

Excipients : Lactose monohydraté

de magnésium, aspartam (E951)

Excipients à effet notoire : aspartam

## 3. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

(A : appareil digestif et métabolisme)

(G : système génito-urinaire)

## 4. Indications thérapeutique

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

## 5. Posologie :

- Mode et voies d'administration : Voie orale.

Chez l'adulte : les comprimés orodispersibles sont à dissoudre dans un verre d'eau ou à laisser fondre sous la langue pour obtenir un effet rapide.

Chez l'enfant : les comprimés orodispersibles sont à dissoudre dans un verre d'eau.

## Posologie

Chez l'adulte, la posologie usuelle est de 2 comprimés orodispersibles par jour, à prendre au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants.

Chez l'enfant : 1 comprimé orodispersible 2 fois par jour.

## 6. Contre-indications :

Ne prenez jamais MUSFON 80 mg, comprimés orodispersibles, en cas d'allergie à l'un des composants.

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

## Avertissements et précautions

Faites attention avec MUSFON 80 mg, comprimés orodispersibles:

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## 7. Effets indésirables

Comme tous les médicaments, MUSFON 80 mg, comprimés orodispersibles 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.