

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

- 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° W19-442273

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7222

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AZZOUZ SAAD

Date de naissance : 14/05/1959

Adresse : 29 Rue Bab Mansour Hay El Hana

CASABLANCA

Tél. : 066 122 6416

Total des frais engagés : 377,20 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. FATMA SOUHAÏL
Professeur de Pédiatrie
Espace Maârit Angèle Brahmi Roudani et
Abou Ishak Al Marouni - Casablanca
Tél : 05 22 20 45 45

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AZZOUZ Dina

Age : 12 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Douleur abdominale

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) :

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
07 SEP 2019	1	1	200,00	<p>Dr. Fatma</p> <p>Professeur de Pédiatrie</p> <p>Espace Médical Angle Ibrahim Rouadani et</p> <p>Mouhshak Al Marouni - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 99 63 63</p> <p>INP: 09 10 10 10</p>

Dr. Fatma SOUHLI
Professeur de Pédiatrie
Madinat Angèle Brahmi Rouadani et
Espace Médical Al Marouni - Casablanca
Tél : 05 22 99 63 63
INF : 05 22 99 63 63

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.09.13	77,20

[illegible][illegible]

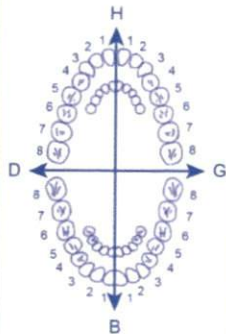
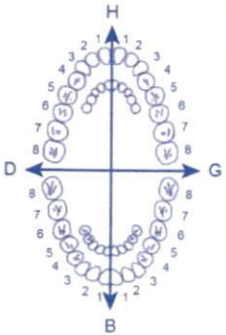
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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	INP : <input type="text"/>														
				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			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"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

07 SEP. 2019

Ayyiou: Sina



Bedelia Sachet

1 = x 2 for 1 pour
x 05 pour

Spasfon - 400



1 ep x 2 for 5 x 05 pour

77.20

PHARMACIE HAN EL HANA
Mme. Soumia
Marché El Hana - Casablanca
Tél : 05 22 99 63 63 / 06 76 99 71 70 - Fax : 05 22 25 38 09 - Mobile : 06 61 439 659

Dr. Fatna SOUHAIL
Professeur de Pédiatrie
Espace Maârif, Angle Bd. Brahim Roudani et
Rue Abou Ishak Al Marouni - Casablanca
Tél : 05 22 99 63 63



SPASFON-LYOC
LYOPH. ORAL (10)
Zenith Pharma
P.P.V. : 19,50 DHS



Spasfon-Lyoc® 80mg, lyophilisat oral
hydraté

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE SPASFON-LYOC® 80 mg, lyophilisat oral ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE
(A : appareil digestif et métabolisme)
(G : système génito-urinaire)

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

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE SPASFON-LYOC® 80mg, lyophilisat oral ?

Ne prenez jamais Spasfon Lyoc 80mg lyophilisat oral en cas d'allergie à l'un des composants

En cas de doute il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou votre pharmacien.

Faites attention avec SPASFON-LYOC® 80 mg, lyophilisat oral :

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

Prise ou utilisation d'autres médicaments :

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

Grossesse et Allaitement

L'utilisation de ce médicament ne doit pas 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.

3. COMMENT PRENDRE SPASFON-LYOC® 80 mg, lyophilisat oral ?

Posologie

- Chez l'adulte la posologie usuelle est de 2 lyophilisats oraux, à prendre au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants.
- Chez l'enfant : 1 lyophilisat 2 fois par jour.

Mode d'administration

Voie orale

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

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, SPASFON-LYOC 80 mg, lyophilisat oral 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 non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

5. COMMENT CONSERVER SPASFON-LYOC® 80 mg, lyophilisat oral ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser SPASFON-LYOC 80mg, lyophilisat oral après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

- La Substance active est : phloroglucinol hydraté 80mg
Quantité correspondante en phloroglucinol anhydre à 62.25mg pour un lyophilisat oral
- Les autres composants sont : dextran 70, mannitol (q.s.p 1 lyophilisat oral).

Qu'est ce que SPASFONLYOC® 80 mg, lyophilisat oral et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de lyophilisat oral. Boîte de 10.

Titulaire de l'AMM

Acino France SAS
5, rue Charles de Gaulle
94140 Alfortville
France

Date de mise à jour du texte : la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est 30.04.2014