

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-524984

CA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13417 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MORTAJI OTHMANE
 Date de naissance : 12/09/1993
 Adresse : LOT Chabab Xxxxxx N°3 Ain Sebba
 Tél. : 06-63-310-346 Total des frais engagés : 527,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/02/2020
 Nom et prénom du malade : LINA GUEZAR Age : 24
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : pathologie gynécologique
 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.

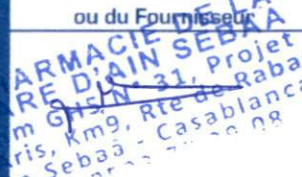
Fait à : Casablanca Le : 14/02/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL SIEGE RAM

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
19/02/2020	2 PC		300 DH	
19/02/2020	2 PC		200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/02/2020	27,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

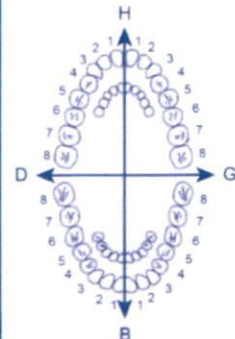
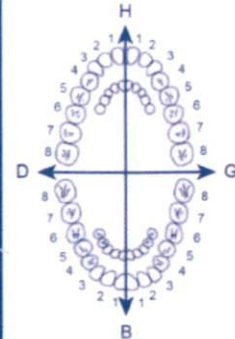
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																	
	<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																	
	(Création, remont, adjonction) 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

عيادة أمراض النساء و الولادة

Cabinet de Groupe de Gynécologie-Obstétrique

Consultation sur rendez-vous

الدكتور م.ن. الزهيري

Dr. ZHIRI M.A.

أمراض النساء و الولادة
الفحص الصوتي

Gynécologue - Accoucheur
Echographie

ICE 001702763000004

INPE 091141598

الدكتور أ. حمدوش

Dr. Hamdouch A.

أمراض النساء و الولادة
الفحص الصوتي

Gynécologue - Accoucheur
Echographie

ICE 001702781000003

INPE 091072363

ORDONNANCE

Casablanca, le : 19/02/2011 في الدار البيضاء،

la A Negre le

27.50

Spécifie



19 + 34' du la 2 Luba

PHARMACIE DE LA
GARE D'AIN SEBAA
Imm GH5 N° 31, Projet
d'Ariss, Km9, Rte de Rabat
Ain Sebba - Casablanca
Tél : 05 22 20 20 75

Drs ZHIRI - HAMDOUCH
Gynécologues - Obstétriciens
I.C.E. : 001702763000004 - 001702781000003
INPE : 091141598 - 091072363
192, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél. : 0522 202073 / 202074 / 202075

إقامة بغداد 192 ، شارع الزرقطوني - زاوية زنقة موسى ابن نصير - الدار البيضاء

Résidence Baghdad 192, Boulevard Zerkouni - Angle Rue Moussa Ibnou Noussair - Casablanca

الهاتف : 05 22 20 20 73/74/75 - الفاكس : 05 22 20 20 75

عيادة أمراض النساء و الولادة

Cabinet de Groupe de Gynécologie-Obstétrique

Consultation sur rendez-vous

الدكتور م.ن. الزهيري

Dr. ZHIRI M.A.

أمراض النساء و الولادة
الفحص الصوتي

Gynécologue - Accoucheur
Echographie

ICE 001702763000004

INPE 091141598

IF 35504783

CNSS 2563379

الدكتور أ. حمدوش

Dr. Hamdouch A.

أمراض النساء و الولادة
الفحص الصوتي

Gynécologue - Accoucheur
Echographie

ICE 001702781000003

INPE 091072363

IF 35504784

CNSS 2563379

Casablanca, le : 19/02/2020 في الدار البيضاء

* EL MEZOUAR Lina :

* $C_{22}K_{22}PC$: 300DH consultation

* $K_{20} + K_{20/2}$: 200DH échographie

DRS ZHIRI - HAMDOUCH
Gynécologues - Obstétriciens
ICE : 0017027630004 - 001702781000003
INPE : 091141598 - 091072363
IF : 35504783 - 35504784
Tél. : 05 22 20 20 73 / 20 20 74 / 20 20 75

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.

MISE EN GARDE ET PRECAUTIONS

Mise
En re
ne d
de s
gala
mét
En
ne
syn
ou
L'as
maja
évitée

Précau
EN CA
DEMAN
VOTRE

Spasfon®
30 comprimés enrobés



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 non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

CONDITIONS DE CONSERVATION :

Aucune condition particulière de conservation

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Ne pas utiliser **Spasfon®**, comprimé enrobé après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

Date de la notice : Janvier 2018

Fabriqué et distribué par Zenith pharma
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane Agadir Maroc
Sous licence Acino France
Dr M.EL BOUHMADI Pharmacien Responsable

Cabinet de Groupe de Gynécologie-Obstétrique

Dr Anas HAMDOUCH Dr Mohammed Annacir ZHIRI

Gynécologie Médicale et Chirurgicale – Maladies et Chirurgie du Sein – Accouchement

Oncologie Gynécologique et Mammaire

Procréation Médicalement Assistée (PMA – FIV – ICSI)

Induction de l'ovulation – Insémination – Fécondation In-Vitro – Injection Intra-Cytoplasmique de Spermatozoïdes

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

Date :

le 19/02/22

Patiente :

M^{lle} El Nejma Elha

Indication :

— Dysménorrhée + métrorragies

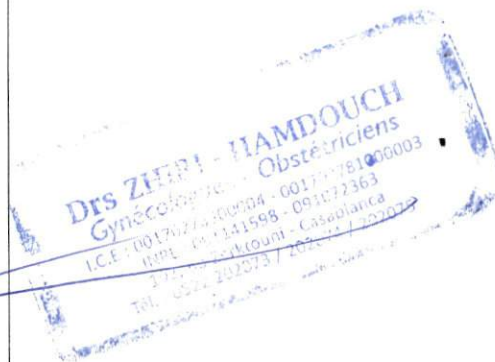
Résultat :

— utérus en position antérieure Mesure 10cm
Hoop 10cm.

lip de la cavité fœtale en 12 semaines

— L'ovaire est le 12 de 12 semaines - 191 (OP/C)

— Drog. 66



Dr Anas HAMDOUCH
ICE : 001702781000003
IF: 40401705
INPE: 091072363
Affiliation CNSS: 2563379