

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.

Diagnostique 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

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

Complément
Déclaration de Maladie
N° P19-052106
Acheté lignes

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2389 Société : RAM 32767

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENSALEM IAFIS

Date de naissance : 18/02/50

Adresse : 7, Rue D'Aumontaine D. Gauthier
CASA

Tél : 0662472089 Total des frais engagés : 53,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JAWAD ZOHRA Age : 60

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : CASA Le : 08/06/20

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

صيدلية كميليا
PHARMACIE CAMELLIA
Mme. LEMSEFFER MEDRAM
29, Rue Hassan
Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

08/06/2020

53.90

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

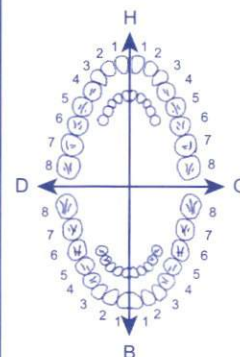
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

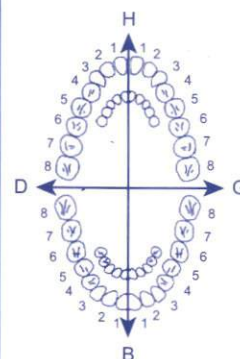
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE CAMELIA
LEMSEFFER MOUNIA

Page :1

FACTURE

Client :

N° FACTURE :124286

Date : 08/06/2020

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
STER-DEX POMMADE OPHT	1	26.40	26.40
SPASFON 80 MG 30 COMP	1	27.50	27.50
<div data-bbox="430 869 845 1160"><p>صيدية كميليا PHARMACIE CAMELIA Mme. LEMSEFFER MENJRA Mounia 29, Rue Hassan Souktani Tél: 0522 27 47 07 - Casablanca</p></div>			

Total TTC = 53.90

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CINQUANTE-TROIS DHS 90 CTS

Bon rétablissement

Spasfon® 80 mg

Comprimé enrobé

Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol

Veuillez lire attentivement l'intégralité de la notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'elle.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez des doutes, 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 syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de déficit en lactase (maladies métaboliques rares). L'association de phloroglucinol avec des antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés doit être évitée en raison de leur effet spasmogène.

Précautions d'emploi

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

CAMENTS :

ent un autre obtenu sans ou à votre

être envisagée

saire.

est déconseillée

ecin ou à votre

ciement.

POSOLOGIE ET MO

Veuillez à toujours prendre exactement les indications de votre médecin après de votre médecin.

Spasfon® est un traitement du traitement est variable. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

Chez l'adulte :

Prendre 2 comprimés respectant un intervalle de 6 heures, 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.

STERDEX pommade ophtalmique

Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH

6 118001 100378

Enreg. MA : n° 107/14 DMP/21/NRQ
107/14 DMP/21/NRQ رقم التسجيل 100378

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

21762

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

AJDIR 07/18
C30059-02