

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



Déclaration de Maladie

N° W19-577555

55153

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12346 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENAMAR HILMI OMAR
 Date de naissance : 04/04/1985
 Adresse : 214 BD ABDELMOUMEN AG SMAM BOUSSAFA
 Apt 12 - Franceville Casablanca
 Tél. : 0661 18 221 Total des frais engagés : 295,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/01/20
 Nom et prénom du malade : HAMA BENA HACHACUEN
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : pochoir en
 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
10/10	Or		200 017	INP : 087133116

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/10/2020	95,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

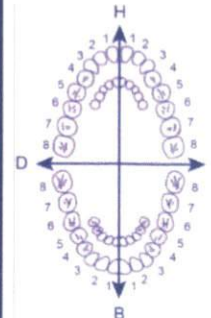
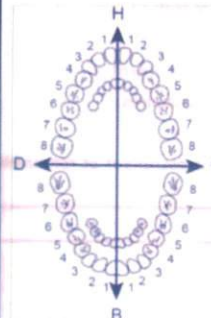
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
				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 Amina TAMIM

PÉDIATRE

Spécialiste des Maladies de l'Enfant
et du Nourrisson

Diplômée de la Faculté de Médecine d'ANGERS
Ancien Médecin Attachée des Hôpitaux de France



دكتورة أمينة تميم

طبيبة اختصاصية
في أمراض الطفل و الرضيع

خريجة كلية الطب بأنجي (فرنسا)
طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 2/10/20 الدار البيضاء

Doliprane® 500 mg
PARACETAMOL
16 comprimés effervescents



6 118000 040354

MARIN BOWA MAR - H

1580
FPV 1580 H80
PER 04/23
LOT J1338

15,80
(1)

Doliprane cp eff Sag

60,00



2 cp - 3/5 L Kier

Enteropemine Ap

19,50

2 Ap - 2/5

DR. TAMIM Amina
Pédiatre
Tour Anwal 182, Bd Andal
Tél.: 0522 86 03 16 - Casab
Fax: 0522 86 03 10

cp my

SPAS Row lgs - 80g

1 cp + 2 cp
182 شارع أنوال الدار البيضاء
0522 86 03 10 : فاكس - 0522 86 03 16 : الهاتف
0661 31 64 30



182 Boulevard ANDAL CASABLANCA
Tél.: 0522 86 03 16 - Fax: 0522 86 03 10
Gsm: 0661 31 64 30

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Enterogermina® 2 milliards/5 ml, suspension buvable Enterogermina® 2 milliards, gélule

Spores de *B. clausii* polyanitbio-résistantes - Voie orale

SANOFI

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P. 1,
Ain seba Casablanca

Enterogermina, susp b 10 fl
P.P.V : 60,00 DH



- Vous devez vous adresser à votre médecin après une courte période de traitement.

nt de prendre ce médicament car elle contient des

scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par

la relire :

pour tout conseil ou information,
riez en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi
ans cette notice. Voir Rubrique 4.

ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien

Que d

1. C

2. C

3. C

4. Q3

5. Con

6. Inform



interogermina

1. QU'EST-CE QUE ENTEROGERMINA ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Enterogermina est un médicament composé d'une suspension de spores de *Bacillus clausii*. Ces spores sont naturellement présentes dans l'intestin et ne peuvent pas déclencher de maladies (elles sont dépourvues de tout potentiel infectieux).

Enterogermina est utilisé pour :

- la prévention et le traitement de l'altération de l'équilibre normal de la flore bactérienne intestinale (dysmicrobisme intestinal) et des carences en vitamines dans l'organisme consécutives au déséquilibre de la flore bactérienne intestinale (dysvitaminoses endogènes) ;
- le traitement d'appoint dans le rééquilibrage de la flore intestinale perturbée par une antibiothérapie ou tout autre traitement médicamenteux ;
- le traitement des troubles digestifs aigus et chroniques survenant chez le nourrisson allaité en lien avec une intoxication, un déséquilibre de la flore microbienne intestinale (dysmicrobisme intestinal) ou une carence en vitamines (dysvitaminose).

Education sanitaire

La flore microbienne intestinale constitue une véritable barrière de défense contre les bactéries nuisibles. Son équilibre peut être perturbé par des infections intestinales, des intoxications, des troubles alimentaires, des modifications du régime alimentaire et l'utilisation d'antibiotiques. Ce déséquilibre se manifeste par une diarrhée, des douleurs abdominales et une augmentation de la présence d'air dans l'intestin.

En l'absence d'amélioration ou si vous remarquez une aggravation des symptômes après une courte période de traitement, parlez-en à votre médecin.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ENTEROGERMINA

Contre-indications :

Ne prenez jamais Enterogermina

- Si vous êtes allergique aux spores de *Bacillus clausii* polyanitbio-résistantes ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6).

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales :

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre Enterogermina.

Ce médicament est destiné exclusivement à l'administration orale. Il ne doit pas être injecté ni administré par une autre voie.

Spasfon-Lyoc® 80mg, lyophilisat oral

phloroglucinol hydraté

Veillez lire attentivement ce médicament. Elle est importante pour votre santé.

Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre pharmacien.

- Gardez cette notice et relisez-la.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre pharmacien.
- Si vous remarquez des effets indésirables mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un effet indésirable grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

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

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 cutanéomuqueuses 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