

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 080492

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4198

Société : 146495

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAIL HARCHACHE

Date de naissance : 04 - 11 - 1961

Adresse : CITE HASSANI Bloc 925 No 35

Tél. 0666624975

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/10/2022

Nom et prénom du malade : Fathi Khadoulou

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 :

Le : 24/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'Horloger
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
22/12 2022	C5		250 Dhs	Dr. Meriem El-Ammari Chapito - Gattou - Entendement et Pédiatologue Fondaj Fakh 6, Imm 10 - Oulfa Bordj - Tél: 05.22.90.72.68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.12.22	219.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

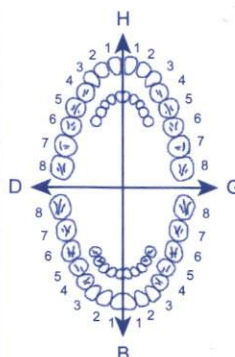
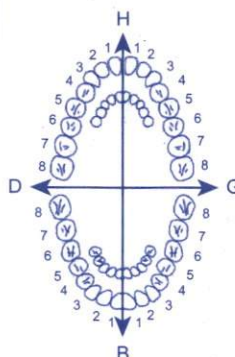
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

SPÉCIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif
foie-estomac-intestin-vesicule biliaire
hémorroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

Membre de la société nationale
française de gastro-entérologie
Echographie-gastrosco-pie-coloscopie
Proctologie médicale et chirurgicale

إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد-المعدة-المرارة-الأمعاء
البواسير-أمراض المخرج
غريجة كلية الطب بالدار البيضاء
عضوة بالجمعية الوطنية للأمراض الجهاز الهضمي
الفحص بالصدى الفحص بالمنظار
جراحة المخرج



Casablanca, le : 22/12/2022

Mme Tahin - Khadoudy

122.80
1/ Olediz 40 mg (S.V) Auent
1 - 0 - 0 (14 ja) Apes 30min
16.30
2/ Dapnetil sirop (S.V)
1 c s x 2/j (10 ja) Apes
79.90
3/ Kolmocol (S.V)
1 c p x 3/j (10 ja) Apes

219.00



Dr. Meriem EL OUARDI
Hépat - Gastro - Entérologue
et Proctologue
Lot. Haj Fateh 6, Imm 10 - Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 90 72 98



Comprimé
Voie orale

KALMACOL®

Comprimé

FORME ET PRESENTATION :

Comprimé, Boite de 30.

COMPOSITION :

Cellulose, phosphate de calcium, sorbitol, extrait sec de Camomille, huile essentielle de Menthe, huile essentielle de Fenouil, nicotinamide, huile essentielle de Lavande.

PROPRIETES :

- KALMACOL® comprimé aide à soulager les symptômes de la gastrite.
- KALMACOL® comprimé a une triple action :
 - Sur l'anxiété et le stress (engendrant des perturbations au niveau gastro-intestinal) et à la camomille.
 - Sur les spasmes intestinaux grâce aux huiles essentielles de menthe et de fenouil.

Lot :
A consommer
avant le :

220227

04/2027

PPC : 79,90 DH

KALMACOL®
Comprimé



Dogmatil® SANS SUCRE

0,5 g/100 ml

Sulpiride

Solution buvable édulcorée à la saccharine sodique.

SANOFI

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. QU'EST-CE QUE DOGMATIL SANS SUCRE 0,5 g/100 ml, solution buvable édulcorée à la saccharine sodique, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE BENZAMIDE- code ATC : N05AL01
DOGMATIL appartient à une famille de médicaments appelés antipsychotiques neuroleptiques. Il appartient à la famille des benzamides.

Ce médicament est utilisé :

- Chez l'adulte : pour traiter certaines formes d'anxiété.
- Chez l'enfant de plus de 6 ans : pour traiter certains troubles graves du comportement.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE DOGMATIL SANS SUCRE 0,5 g/100 ml, solution buvable édulcorée à la saccharine sodique ?

Ne prenez jamais DOGMATIL SANS SUCRE 0,5 g/100 ml, solution buvable édulcorée à la saccharine sodique :

- Si vous êtes allergique au sulpiride ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
- Si vous souffrez d'un phéochromocytome (croissance excessive des glandes surrénales situées au niveau des reins et libérant des substances qui provoquent une pression artérielle élevée),
- Si vous avez une tumeur dépendante de la prolactine (hormone provoquant la sécrétion de lait), par exemple un

cancer du sein ou des troubles d'origine hypophysaire,

- Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association avec DOGMATIL n'est pas contre-indiquée (Voir la rubrique « Autres médicaments et DOGMATIL SANS SUCRE 0,5 g/100 ml, solution buvable édulcorée à la saccharine

LOT : 22E003
PER: 04 2024

DOGMATIL 0,5G/100ML

SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30



6 118000 012153

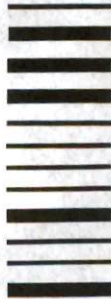
(porphyrie aigue)
pigments dans

nder l'avis de votre

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre DOGMATIL SANS SUCRE 0,5 g/100 ml, solution buvable édulcorée à la saccharine sodique.

- Votre médecin pourra pratiquer un électrocardiogramme avant de vous donner ce traitement. En effet ce médicament peut provoquer des troubles du rythme cardiaque (voir rubrique « 4. Quels sont les effets indésirables éventuels »).
 - Utilisez ce médicament avec précautions dans les cas suivants :
 - Chez les personnes âgées, notamment si elles sont atteintes de démence ou d'hypertension artérielle (pression artérielle élevée).
 - Si vous souffrez d'hypertension artérielle en raison du risque de crise d'hypertension, parlez-en à votre médecin. Un suivi est nécessaire.
 - Si vous présentez des facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral (appelé également « attaque cérébrale ») et se produisant lorsque la circulation du sang est brusquement interrompue dans une partie du cerveau).
 - Si vous ou quelqu'un de votre famille avez des antécédents de formations de caillots sanguins, car la prise d'antipsychotiques peut provoquer la formation de caillots sanguins.
 - Si vous êtes atteints ou avez été atteint de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil), d'iléus (arrêt du transit intestinal), de sténose digestive congénitale (rétrécissement du tube digestif présent à la naissance), de rétention urinaire (incapacité à vider la vessie) ou d'hyperplasie de la prostate (augmentation de la taille de la prostate).
 - Si vous ou un membre de votre famille avez des antécédents de cancer du sein, en raison de la survenue possible d'hyperprolactinémie (quantité excessive de prolactine dans le sang).
- Votre médecin doit vous surveiller étroitement pendant le traitement.
- Prévenez votre médecin :

50000001657



6413

نشرة : معلومات المستعمل

أوليدينز 20 ملغ، و 40 ملغ، أقراص صامدة لحموضة المعدة

علب من فئة 7 أو 14 أو 28.

إيزوميبرازول

يرجى قراءة هذه النشرة قبل تناول هذا الدواء، لأنها تضم معلومات هامة من أجلك.

- احتفظوا بهذه النشرة، قد تحتاجون إلى قراءتها من جديد.
- إذا كانت لديكم أسئلة أخرى، استشيروا الطبيب أو الصيدلي.
- لقد تم وصف هذا الدواء لكم بشكل شخصي، لا تقموا بإعطائه لشخص آخر، لأنه قد يتسبب في ضرر له حتى في حال وجود أعراض مشابهة للأعراضكم.
- إذا شعرتُم بأي تأثير غير مرغوب فيه، أخبروا الطبيب أو الصيدلي، ويطلق ذلك على أي تأثير غير مرغوب فيه لم يذكر في هذه النشرة .

على ماذا تحتوي هذه النشرة،

1. ما هو أوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة وفي أية حالات يمكن استعماله؟
2. ما هي المعلومات التي تليزم معرفتها قبل تناول أوليدينز قرص صامد لحموضة المعدة؟
3. ما هي كيفية تناول أوليدينز، قرص صامد لحموضة المعدة؟

سيخبركم طبيبككم بمدة
متابعة المعالجة بعد
الجرعة الموصى بها

الاستعمال لدى المراهقين
معالجة أعراض الحماض

- إذا شخص طبيبكم
- شفاء كامل
- إن كنتم تتناولون

- طريقة الاستعمال
- يمكنكم تناول
- يمكنكم تناول
- إنبغوا أقراصكم
- تتضرر.

بالنسبة للمرضى الذين
الاستعمال لدى الأطفال

043

OLEDIZ® 40 mg comprimés gastro-résistants Boîte de 14
PPV: 122 DH 80
AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/XX03



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR
OLEDIZ® 20 mg et 40 mg, comprimés gastro-résistants
Boîtes de 7, 14 et 28.
Esoméprazole

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez d'autres questions interrogez votre médecin ou votre pharmacien
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
 - Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, ou votre pharmacien.
- Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE OLEDIZ, comprimé gastro-résistant ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE OLEDIZ, comprimé gastro-résistant ?
3. COMMENT PRENDRE OLEDIZ, comprimé gastro-résistant ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

OLEDIZ 40 mg

Utilisation chez l'adulte
Traitement des

- Si votre médecin vous l'a prescrit pendant 4 semaines : Un traitement à court terme.
- Si vous avez des symptômes persistants, consultez votre médecin.

Traitement de la maladie
La dose recommandée est de 40 mg par jour.
Votre médecin vous indiquera la durée du traitement.

Poursuite du traitement
La dose recommandée est de 40 mg par jour.

Utilisation chez l'enfant
Traitement des

- Si votre médecin vous l'a prescrit pendant 4 semaines : Un traitement à court terme.