

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                                 | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                             | : pec@mupras.com      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>4198</u>	Société : <u>146495</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>Bouchra - HASSACHE</u>		
Date de naissance : <u>04 - 11 - 1961</u>		
Adresse : <u>Cité HASSANI Bloc 925 N°35</u>		
Tél. : <u>0666624975</u>	Total des frais engagés :	Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>25 JAN 2013</u>	Age :	
Nom et prénom du malade :	<u>Ouhni - Khadidja</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Pathologie digestive</u>		
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 : 26/01/2013

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE 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
22/10/2012	CS		250 Dhs	Dr. M'hamed El Hachemi Gastro-Enterologue et Pneumologue Secteur 6, lmm 10 - Oulfa Casablanca - tel: 05 22 90 72 58

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	22-12-2010	219,-00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

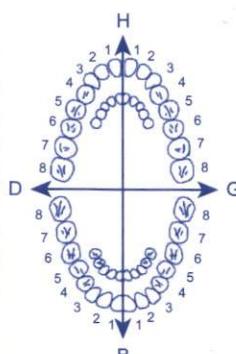
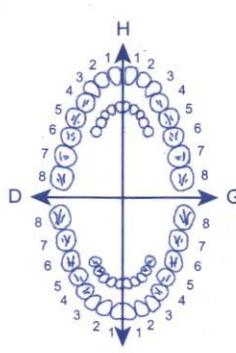
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411	G	21433552 00000000 B 11433553
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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-gastroscopie-coloscopie  
Proctologie médicale et chirurgicale

إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد-المعدة-المراة-المعاء  
ال بواسير-أمراض المخرج  
خريجة كلية الطب بالدارالبيضاء  
عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي  
الفحص بالصدى الفحص بالمنظار  
جراحة المخرج



Casablanca, le :

28/12/2022

Mme Tahira - Khadidja

- 122,80  
1) Olediz 40 mg S.V  
1 - 0. 0 (14 j.) Avant repas 30min
- 16,30  
2) D agmatil susp S.V  
1 c des x 2/j / Apres
- 73,90  
3) Kolmocol S.V  
1 c p x 3/j (10g) apres

219,00



Dr. Meriem EL OUARDI  
Hépato - 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 PRÉSENTATION :

Comprimé, Boite de 30.

## COMPOSITION :

Cellulose, phosphate de calcium, sorbitol, extrait sec d'huile essentielle de Menthe et d'huile essentielle de Fenouil, nicotinamide, huile essentielle de Camomille.

## PROPRIÉTÉS :

- KALMACOL® comprimé aide à soulager les symptômes de l'anxiété et du stress.
- 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 :

PPC : 79,90 DH

220227

04/2027

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 ANTISSYNTOTIQUE

NEUROLEPTIQUE BENZAMIDE- code ATC : N05AL01

DOGMATIL appartient à une famille de médicaments appelés antipsychotique 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

DOGMATIL 0,5G/100ML  
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30

PER.04  
LOT 1.22E003



porphirie aigüe)  
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 :



6413

50000001657

## نشرة : معلومات المستعمل

**أوليديز 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 قرائتها من جديد.

\* إذا كانت لديكم إستالة أخرى، استثنوا الطبيب أو الصيدلي.

\* لقد تم وصف هذا الدواء لكم بشكل شخصي، لا تتموا بإعطائه لشخص آخر، لأنه قد يتسبب في ضرره حتى في حال وجود أعراض مشابهة لعراضكم.

\*

\* إذا شعرتم بأي تأثير غير مرغوب فيه، اخروا الطبيب أو الصيدلي، وينطبق ذلك على أي تأثير غير مرغوب فيه لم يذكر في هذه النشرة.

على ماذا تحتوي هذه النشرة؟

1. ما هو أوليديز، قرص صامد لحموضة المعدة وفي أي حالة يمكن استخدامه؟

2. ما هي المعلومات التي تلزم معرفتها قبل تناول أوليديز، قرص صامد لحموضة المعدة؟

3. ما هي كمية تناول أوليديز، قرص صامد لحموضة المعدة؟

سيخبركم طبيبك بمقدار  
متطلبة المعالجة بعد  
الجرعة الموصى بها

الاستعمال لدى المرضى  
معالجة اعراضن البروستات

\* إنما شخص طبيبك  
شهادة كامل.  
\* إن كنت تتعارضون

طريقة المستعملا  
\* ينصحكم تناول  
\* يمكنكم تناول  
\* فإنبعوا أعراض  
\* تتضرر.

بالنسية للمرضى الذين  
الاستعمال لدى المرضى

**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 pourrez avoir besoin de la relire.
  - Si vous avez d'autres questions interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
  - Ce médicament 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 CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE OLEDIZ, comprimé gastro-résistant ?
3. COMMENT PRENDRE OLEDIZ, comprimé gastro-résistant ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

OLEDIZ® 40 mg comprimés gastro-résistants Boîte de 14  
PPV: 122 DH 80  
AMM N° 18820/05/21/TR/DMP/W03

6 118001 480050

OLEDIZ 40 mg

Utilisation chez  
Traitement désas-

• Si votre médecin  
semaines. Un t  
• Si vous ave

Traitemen

- La dose reco  
Votre médicem

Poursuite du  
La dose reco

Utilisatio ch  
Traitement de

• Si votre médec  
semaines. Un tra