

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Matricule : 1062 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HATLA MOHAMED

Date de naissance : 1940/01/01

Adresse : BLOC 05 N° 116 CASA C.D.

Tél. : 0649651633 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/6/2013

Nom et prénom du malade : SOUKRAN

Lien de parenté :  Lui-même  Comptoir  Enfant

Nature de la maladie : Douleur abdominale

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) : .....  


# 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
11/6/20 02			300,00	Dr YOUSSEF EL AZZAR Gastro-entérologue 109, Bd DRISS EL HARTI CASA - Tél : 0522 21 22 22 Docteur YOUSSEF EL AZZAR Gastro-entérologue 109, Bd DRISS EL HARTI CASA - Tél : 0522 21 22 22
22/6/20 Lentilles			04	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SSP/PHARMACIE	11/06/2020	123,90
SSP/PHARMACIE	22/06/2020	94,90

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SBATA 2006120014	Vendredi 12 Juin 2020		
	Lettre clé+cotation: B 220		
	Montant Facturé: 200.01Dhs		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

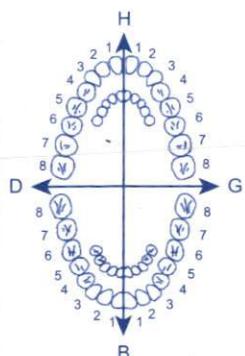
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Youssef EL ATTAR**

Spécialiste en Gastro-entérologie & Hépatologie  
( Estomac, Intestins, Foie, Hémorroïdes )

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Attaché des Services de  
Gastro-entérologie des Hôpitaux de Paris  
Ex. Gastroentérologue de l'Hôpital  
Militaire Moulay Ismaïl - Meknès

- ♦ ECHOGRAPHIE
- ♦ FIBROSCOPIE
- ♦ PROCTOLOGIE



الدكتور يوسف العطار

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
( المعدة، الأمعاء، الكبد والبواسير )

خريج كلية الطب بباريس

سابقاً داخلياً وملحق

بمستشفيات الجهاز الهضمي بباريس

طبيب سابقاً بقسم الجهاز الهضمي  
بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل مكناس

❖ الفحص بالأشعة فوق الصوتية

❖ الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

❖ جراحة المخرج

Casablanca, Le : 11/6/2020 الدار البيضاء، يه

M<sup>me</sup> SOUKRATI Halima et HATIA

10/ Suprimeuse 50 (x7)

g 490 1 gel / / le 5091



20/ Zydol 500

2900 1/2 cp x3 | j



Dr Youssef EL ATTAR  
Gastroenterologue  
109, Bd DRISSE EL HARTI  
CASA - Tel: 05 22 37 37 83

① : C. 05 22 37 37 83 - Email : y-elattar@hotmail.com

109، شارع إدريس الحارثي - ابن امسيك سيدى عثمان - الطابق الثاني - الدار البيضاء  
109, Bd. Idriss El Harti-Ben M'sik Sidi Othmane-2ème étage - CASABLANCA



الدكتور يوسف العطار  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

Le 22/6/2008

**Dr. YOUSSEF EL ATTAR**  
Gastro-enterologue & Hepatologie  
Dr. Youssef El Attar



① C. 05 22 37 37 83 - Email : y-elattar@hotmail.com

109، شارع إدريس الحارشي - ابن امسيك سيدى عثمان - الطابق الثاني - الدار البيضاء  
109, Bd. Idriss El Harti-Ben M'sik Sidi Othmane-2ème étage - CASABLANCA

Suprim case 50 (x7)

1 gee / i do sur



Dr Youssef EL ATTAR  
Gastro-enterologue  
109, Bd DRISS EL HARTI  
CASA - Tél : 0522 37 37 83



**Dr. YOUSSEF EL ATTAR**

Centre de Spécialiste en Gastro-entérologie & Hépatologie



الدكتور يوسف البحار  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

11/6/20

SOKRATI Halima

---

Copro + parasitologie  
de sels (+ 3 jours)

*Y. El Attar*  
Dr YOUSSEF EL ATTAR  
Gastro-entérologue  
109, Bd IDRISSE HARTI  
CASA - Tél : 0522 37 37 83

© : C. 05 22 37 37 83 - Email : y-elattar@hotmail.com  
109, شارع إدريس البحارسي - ابن امسيك سيدى عثمان - الطابق الثاني - الدار البيضاء  
109, Bd. Idriss El Harti-Ben M'sik Sidi Othmane-2ème étage - CASABLANCA

፩፻፲፭

“**କାନ୍ତିର ପଦମାଲା**” ଏହାର ଅଧିକାରୀ ହେଉଥିବା କାନ୍ତିର ପଦମାଲା ଏହାର ଅଧିକାରୀ ହେଉଥିବା କାନ୍ତିର ପଦମାଲା

କାହିଁ କାହିଁ

ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਚੀਨ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੁਹੱਲ ਵਿੱਚ ਜਾਣ ਦੀ ਸ਼ਰਧਾ ਨਾਲ ਬਿਨੈਂ ਰਿਹਾ ਹੈ।

**AFRIC-PHAR**  
LOT EXP  
**180041** 09/2021

PPV:94DH90  
GNY 3432-1  
GNY 3432-1



৪' ম্যাগন

\* तो अमेरिका की व्यापक आवश्यकता बढ़ने से इसकी (एसी एंड एसी) विदेशी व्यापारी की लाभदाता हो।

- de la fatigue
  - une perte d'appétit
  - des vomissements
  - un jaunissement de la peau ou du blanc des yeux (jaunisse)
- Si l'un de ces signes survient, arrêtez de prendre Suprimase et prévenez immédiatement votre médecin.

#### **Autres effets indésirables :**

Par ailleurs, si vous ressentez un des effets mentionnés comme graves ou si vous présentez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Les effets indésirables fréquents qui touchent 1 à 10 utilisateurs sur 100 sont énumérés ci-dessous :

- maux de tête
  - maux d'estomac, diarrhée, nausées, vomissements
  - augmentations des tests sanguins liés au fonctionnement du foie
  - éruption
- Les effets indésirables peu fréquents qui touchent 1 à 10 utilisateurs sur 1000 sont énumérés ci-dessous :
- réduction du nombre de globules rouges pouvant entraîner une pâleur de la peau et provoquer une faiblesse ou un essoufflement
  - diminution de l'appétit
  - impossibilité de dormir, sensation de somnolence
  - crise d'épilepsie, étourdissements, sensation de tourner, fourmillements, picotements ou engourdissement, modifications de la sensation du goût
  - constipation, difficultés à digérer, gaz, sécheresse de la bouche
  - douleurs musculaires
  - atteinte du foie et jaunissement de la peau et des yeux (jaunisse)
  - papules, bulles (urticaire), démangeaisons, augmentation des sueurs
  - fatigue, sensation générale de malaise, fièvre

Les effets indésirables rares qui touchent 1 à 10 utilisateurs sur 10.000 sont énumérés ci-dessous :

- diminution du nombre de globules blancs (cellules sanguines qui contribuent à combattre les infections) et des plaquettes (cellules sanguines qui contribuent à arrêter les saignements)
- coloration rouge ou violette de la peau pouvant être due à un faible nombre de plaquettes ou à d'autres modifications des cellules sanguines

- modifications biochimiques sanguines (taux élevés de cholestérol, de graisses dans le sang)
- faible taux de potassium dans le sang
- tremblements
- anomalies à l'électrocardiogramme (ECG), modification de la fréquence ou du rythme cardiaque
- insuffisance hépatique
- réactions allergiques (parfois sévères), y compris éruption bulleuse généralisée et desquamation de la peau, réactions cutanées sévères, gonflement des lèvres ou du visage
- perte de cheveux

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou à votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

#### **7. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :**

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre Suprimase, gélule.

Vous pouvez continuer à allaiter après la prise d'une dose unique de Suprimase inférieure ou égale à 200 mg.

Vous ne devez pas allaiter si vous prenez une dose répétée de Suprimase.

#### **10. Les effets possibles du traitement sur la capacité à conduire un véhicule ou à utiliser certaines machines :**

Lors de la conduite de véhicules ou de l'utilisation de machines, il faut tenir compte du fait que des vertiges ou des crises d'épilepsie peuvent survenir.

#### **11. Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage :**

Si vous avez pris plus de Suprimase, gélule que vous n'auriez dû : Si vous prenez trop de gélules en une seule fois, vous pourriez vous sentir mal. Contactez immédiatement votre médecin ou le service des urgences de l'hôpital le plus proche. Les symptômes d'un éventuel surdosage peuvent être d'entendre, de voir, de ressentir ou de penser des choses qui ne sont pas réelles (hallucinations et comportement paranoïaque). Une prise en charge (avec un traitement symptomatique et un lavage d'estomac, si nécessaire) peut être nécessaire.

#### **12. Conduite à tenir en cas d'omission d'une ou plusieurs doses :**

Si vous oubliez de prendre Suprimase, gélule :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. Si vous oubliez de prendre une dose, prenez là dès que vous vous en rappelez. S'il est presque l'heure de votre dose suivante, ne prenez pas la dose que vous avez oubliée.

#### **13. Mention, si nécessaire, d'un risque de syndrome de sevrage :**

Sans objet.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### **Liste I.**

Pas de précautions particulières de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.

**Nom et adresse du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché au Maroc :**

**ATLAS PHARM**

Atlas Pharm, Quartier industriel de Berrechid,  
Route principal numéro 7, Rue C  
Maroc.

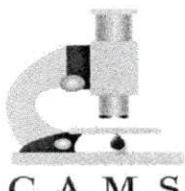
**Nom et adresse du fabricant :**

Afric Phar  
Route Régionale Casablanca-Mohammed V  
N° 322, Km 12400 Ain Harrouda  
28 630 Casablanca, Maroc

**La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le :**  
26/07/2014







C.A.M.S

# مركز التحاليل الطبية سباتة

## CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH  
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح  
طبيب مخبرى

شارع ابريس الحارشي - سباتة - الميضراء -  
Patente N° : 39990016 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577  
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

ICE : 000192003000084

FACTURE N° : 200612-0014

Mme Halima SOUKRATI EP HATLA

Prescription : Dr . Y EL ATTAR

Date de l'examen : 12/06/2020



### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	PARASITOLOGIE DES SELLES (3 JOURS)	B120	B
	CULTURE	B100	B

Montant Facturé

200.01Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams un centimes

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA  
DR. AL FATH ABDELWAHAB  
MEDECIN BIOLOGISTE CASA  
642 BO DR. S. LARZI C.D. 22-38-60  
TEL: 05 22 35 28 07/FAX: 05 22 38 60



# مركز التحاليل الطبية سباتة

## CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH  
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح  
طبيب مخبري

شارع ادريس الحارشي - سباتة - البريد رقم 642  
Patente N° : 33990016 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131677  
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

Dossier N° : 200612-0014

Mme Halima SOUKRATI EP HATLA

Né(e) le : 01/01/1968/ 52 ans

Prescription : Dr . Y EL ATTAR

Date de l'examen : 12/06/2020



## COPROPARASITOLOGIE

### COPROCULTURE

**Sur milieu Shigelle Salmonelle**

Négative

**Sur milieu Sabouraud**

((levures-moisissures))

>100 colonies de CANDIDA Albicans/anse de selles



Les germes présents dans les selles sont loin d'être toujours pathogènes ,c'est ainsi pour une recherche optimale il est indispensable de préciser au laboratoire le ou les germes suspects cliniquement:Salmonella,Shigella,Colibacilles entérotoxinogènes ou invasifs,Clostridium difficile,Candida etc.

Le genre CANDIDA est considéré comme un SAPROPHYTE DE TUBE DIGESTIF cependant: un nombre de colonies >25/ANSE de selle.doit inciter à interpréter le résultat en fonction de la CLINIQUE :

- Etat immunitaire du patient
- Eventuelle antibiothérapie récente.

### EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES (3 jours)

#### EXAMEN MACROSCOPIQUE

Couleur	Marron
Constance	Moulée
Glaire	Absence
Mucus	Absence
Sang	Absence

#### EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes	Rares
Hématies	Absence
Levures	Quelques
Flore bactérienne	Polymorphe

#### **PARASITES**

***Absence***

#### Compte-rendu complet

