

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### 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.

### 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041376

ND: 31840

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1062 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HATLA MOHAMED

Date de naissance : 1940/01/01

Adresse : BLOC 05 Nr 116 CASA C.D

Tél. : 0649651683 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/06/2020

Nom et prénom du malade : SOUKRAAT Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur

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) :

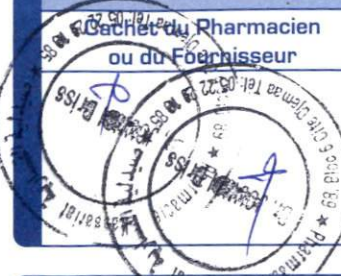


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

11/6/20	G2		30000	 <b>Dr Youssef EL ATTAR</b> Gastro-entérologue 109, Bd BRISSE EL HARTI CASA - Tél: 0522 27 27 23 - Fax: 0522 27 27 23
22/6/20	Canal		CU	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/06/2020	12390
	22/06/2020	9490

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

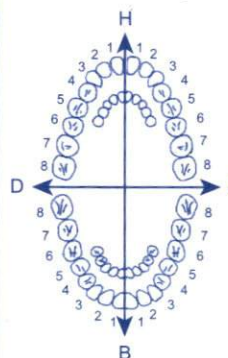
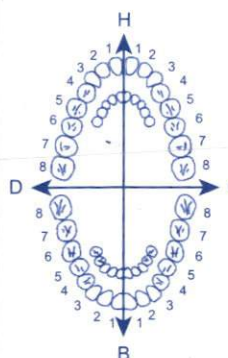
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																								
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	B																										
			MONTANTS DES SOINS																								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

# 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 والبنكرياس )

خريج كلية الطب بباريس

سابقا داخلي وملحق

بمستشفيات الجهاز الهضمي بباريس

طبيب سابقا بقسم الجهاز الهضمي

بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل مكناس

❖ الفحص بالأشعة فوق الصوتية

❖ الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

❖ جراحة المخرج

Casablanca, Le : 11/6/2020 في الدار البيضاء

M<sup>me</sup> Soukrati Halima Ep HATIA

10/ Suprimase 50 (x7)  
94.90 1 gel / j le soir



20/ Zydol 500  
29.00 1/2 cp x 3 / j



123.90

Dr Youssef EL ATTAR  
Gastro-entérologue  
109, Bd DRISS EL HARTI  
CASA - Tél. 05 22 37 37 83

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

109, شارع إدريس الحارثي - ابن امسيك سيدي 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 22/6/2022

Dr. SOUKRATI Hadia el HATTA

Suprimare 50 (x7)



94,90

1 gel / 1 de sur



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

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

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



الدكتور يوسف البشار  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

11/6/20

Dr. Youssef EL ATTAR  
Spécialiste en Gastro-entérologie & Hépatologie

SOUKRATI Halima

Copmo + parasitologie  
de selles (x3 jours)

LABORATOIRE SBATA  
Mme SOUKRATI EP HATLA Halim  
01-01-1968  
2006/12/04  
ORDONNANCE  
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES  
DR ALEATH ABDELWAHEB  
DR MEDJEN ABDELWAHEB  
DR DRISSEL HARTI C O  
19 OFFICINUS 22 36 11 11

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

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

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



- 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-Mohammedia

N° 322, Km 12400 Ain Harrouda

28 630 Casablanca, Maroc

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le :

26/06/2021

AFRIC PHAR

LOT

EXP

180041

09/2021

PPY 1790H70

# زيردول®

(ميترونيدازول)

**ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés**

PPV 29DH00 EXP 12/2022  
LOT 98032 2

## الشكل الصيدلي والتقديم :

- أقراص مملعة معبورة ب 250 ملغ في عبوة من فئة 20 قرصا .

- أقراص مملعة معبورة ب 500 ملغ في عبوة من فئة 20 قرصا .

- معلق للشرب معبور ب 125 ملغ / 5كل. قنينة من فئة 120 ملل.

- معلق للحلق معبور ب 500 ملغ / 100 ملل.

## التركيب :

- أقراص مملعة من فئة 250 ملغ .

ميترونيدازول

سواغ كمية كافية لقرص مملع واحد

- أقراص مملعة من فئة 500 ملغ .

ميترونيدازول

سواغ كمية كافية لقرص مملع واحد

- معلق للشرب من فئة 125 ملغ / 5كل.

ميترونيدازول

سواغ كمية كافية ل 100 ملل.

- معلق للحلق من فئة 500 ملغ / 100 ملل

ميترونيدازول

سواغ كمية كافية ل 100 ملل.

## النصف الصيدلي العلاجي :

مضاد حيوي مضاد للجراثيم ومضاد للطفيليات من مجموعة نيترو - 5 - إيميدازولي.

في أية حالات يستعمل هذا الدواء (دواعي الاستعمال) ؟

- الأميبيا

- تريكموناز الجهاز التناسلي والبولي

- التهاب المهبل الغير محدد

- داء الأميبيا

- علاج شافي للتعفنات الطبية الجراحية الناتجة عن جراثيم لاهوائية حساسة

- بديل لعلاج شافي عن طريق الحقن للتعفنات الناتجة عن جراثيم لاهوائية حساسة.

## موانع الاستعمال :

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية :

- يمنع استعماله قطعا :

حساسية مفرطة لنيترو - 5 - إيميدازولي.

- يمنع استعماله نسبيا :

- ديسلفيرام، الكحول

في حالة الشك يجب استشارة الطبيب أو الصيدلي .

## تحذيرات و إحتياطات الاستعمال :

- تجنبوا المشروبات الكحولية

- من المستحسن إيقاف العلاج واستشارة الطبيب في حالة خلل تناسق للحركات الإرادية، ظهور دوخة أو خيل

- أخبروا طبيبك في حالة تعرض سابق لغلل في الدم

- يجب توخي الحذر في حالة استعمال هذا الدواء إذا كنتم تتناولون من إضطرابات عصبية حادة مزمنة أو متطورة

- معلق للشرب :

• يحتوي هذا الدواء على السكرين، لا ينصح بإستعماله لدى الأشخاص الذين يعانون من عدم تحمل الفركتوز، أعراض ضعف إمتصاص الكليكوز و الكلاكوز أو

نقص في أنزيم السكراز إيزوملتاز (مرض إستقلابي نادر).

• يحتوي هذا الدواء على 2.5 غ لكل جرعة من (5 ملل) : يجب أخذ ذلك بعين الإعتبار في الحصة اليومية في حالة حمية فقيرة إلى السكر أو لدى مرضي السكري.

• يحتوي هذا الدواء على بارافينوكسيتنزوات و يمكن أن يحدث آثار حساسية (عادة ما تكون متأخرة).

• قرص مملع :

• بسبب وجود اللاكتوز، لا ينصح بإستعمال هذا الدواء عند الأشخاص الذين يعانون من وجود كلاكوز في الدم عند الولادة، أو أعراض ضعف إمتصاص الكليكوز و

الكلاكوز أو نقص في اللاكتاز

تفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى :

- لا ينصح ب :

• الكحول : حرارة، إحمراء، تقيء، خفقة

• ديسلفيرام : نوبات هذيان، حالة الغفل

- تستلزم الإحتياطات في الاستعمال :

• مضادات التخثر التي تؤخذ عن طريق الفم : ارتفاع مفعول مانع التخثر وخطر النزيف. يجب ضبط جرعات مانع التخثر عن طريق الفم .

- الأخذ بعين الاعتبار :

فليورو - أوراسيل

- التأثير على الفحص المختبري :

يمكن للميترونيدازول أن يحدد اللابليات المسببة لمرض السلس ويعطي نتيجة إيجابية خاطئة لاختبار نيلسون.

لتفادي التفاعلات بين الأدوية أخبروا طبيبك أو صيدليكم بشكل منتظم بكل العلاجات الجارية الأخرى .

## الحمل والرضاعة :

يمكن وصف الميترونيدازول للمرأة الحامل ويوصى بعدم أخذه خلال الرضاعة

وعموما يجب خلال الحمل أو الرضاعة استشارة طبيبك أو صيدليكم قبل استعمال أي دواء.

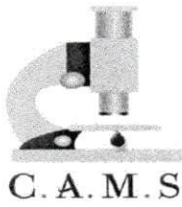
## الساكنون ومستعملوا الآلات :

يتعين إلتزام المرضى بإحتمال الإصابة بدوخة، خيل، هذيان، أو تشنجات ويوصى بعدم سياقة العربات واستعمال الآلات في حالة حدوث هذا النوع من الاضطرابات

قائمة السواغ المعروف بتأثيره :

- أقراص مملعة من فئة 250 ملغ : لاكتوز





مركز التحاليل الطبية سباتة  
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH  
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح  
طبيب مخبري

642 شارع إدريس الحارثي - سباتة - البيضاء - 05 22 38 02 60 - 05 22 55 28 07  
Patente N° : 33990016 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131677  
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

ICE : 0001920030000084

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. ALFATH ABDELWAHAB  
MEDECIN BIOLOGISTE  
642 RD DR. EL ATTAR C D CASA  
TEL: 05 22 38 02 60 / 05 22 55 28 07 / FAX: 05 22 38 02 60



# مركز التحاليل الطبية سيّاتة CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH  
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح  
طبيب مخبري

642 شارع إدريس الحارثي - سيّاتة - البيضاء - 05 22 55 28 07 — 05 22 38 02 60  
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 entérotoxigènes 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
Consistance	Moulée
Glaire	Absence
Mucus	Absence
Sang	Absence

#### **EXAMEN MICROSCOPIQUE**

Leucocytes	Rares
Hématies	Absence
Levures	Quelques
Flore bactérienne	Polymorphe

#### **PARASITES**

**Absence**

### **Compte-rendu complet**

