

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° P19- 051235

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 561 Société : R.A. 19
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JABBAR DAIS
 Date de naissance : 21.7.1945
 Adresse : Angle Rue des Platanes, Rue de Pileans AOSIS
 CASABLANCA
 Tél : 05 22 25 40 52 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 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 : CASABLANCA Le : 24 / 2 / 2020

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
4 FEV. 2020		62	3000 DH tues. ent. 01+	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASABLANCA 61, Bd. Abderrahim el-Khalil Oasis - CASABLANCA Tél. 09.64.49.79.09.18	24/6.2/2020	210.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

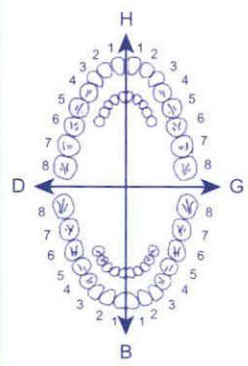
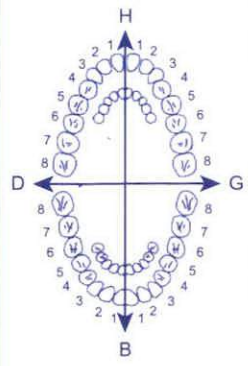
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>D 00000000 00000000</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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 Mohamed Amine

Spécialiste de:
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Diplômé du C.E.S. De Gastro-Entérologie
de la Faculté de médecine de TOULOUSE et de MEDECINE INTERNE

Diplôme d'Université de Nutrition et Diététique

Diplôme d'Université de Diabétologie

Diplôme d'université des maladies Phospho-Calciques de l'Os

Diplôme d'Université d'Echographie Générale

de la Faculté de Médecine de MONTPELLIER

Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne

Membre Titulaire de la Société Française
des maladies de l'Appareil Digestif

Membre Titulaire de la Société Française d'Endoscopie Digestive

Membre de la Société Européenne
Méditerranéenne de Proctologie

Casablanca, le

24 FEV. 2020

الدكتور محمد أمين

اختصاصي
في أمراض الجهاز الهضمي
شهادة التخصص العليا من كلية الطب بتولوز و الطب الباطني

شهادة جامعية في أمراض التغذية و السمونة

شهادة جامعية في أمراض السكرية

شهادة جامعية في أمراض الفوسفور و الكالسيوم للعظام

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

من كلية الطب بمونبولي

عضو الجمعية المغربية للطب الباطني

عضو رسمي للجمعية الوطنية الفرنسية

لأمراض الجهاز الهضمي

عضو الجمعية الأوروبية المتوسطة

لأمراض السرج و البواسير

الدار البيضاء في



Handwritten signature: Thibault

Handwritten signature: 2m x 2



Handwritten signature: Flupyl

Handwritten signature: 2m x 2



Handwritten signature: bro biotic

Handwritten signature: 3m



Handwritten signature: Imodium

Handwritten signature: 2 file

PHARMACIE JERRADA
61, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél: 23.54.49 / 99.05.18

Dr. Mohamed Amine
GASTRO-ENTEROLOGUE
TATA - CASABLANCA
Tél: 23.54.49 - Fax: 99.05.18

50 زنفة طاملا (بوانكاري سابقا) الدار البيضاء - الهاتف : 022 27 01 93 / 022 27 96 47 - الفاكس : 022 29 54 88

50, rue TATA (Ex. Poincaré) - Casablanca- (Face Ex. Théâtre Municipal) - Tél.: 022.27.96.47/022.27.01.93 - Fax: 022.29.54.88
Autorisation SGG 4248



Gélule
Voie orale

Probio

Saccharomyces boulardii

LPT: 190242
bclug: 06/2021
38.00 DM

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Saccharomyces boulardii (2.10^{10} CFU/g)...282.5 mg
Maltodextrine, Enveloppe : Hypromellose colorant

Fabrique par :

Deva
Pharmaceutique
146-147 Zone Industrielle T8 Mellé, Casablanca

FORME ET PRESENTATIONS :

PROBIOTIS : Gélule végétale. Boite de 10 et 20

PROPRIÉTÉS :

PROBIOTIS permet d'aider à renforcer la défense et le confort intestinal

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Adulte : 1 à 2 gélules 1 à 2 fois par jour.

Enfant : 1 gélule par jour.

A avaler avec un verre d'eau.

Enfants de moins de 6 ans : il est recommandé de ne pas avaler les gélules (risque de fausse route) mais de les ouvrir et d'en verser le contenu dans une boisson ou un aliment.

PROBIOTIS étant constitué de levures, ne doit pas être mélangé avec un liquide ou un aliment trop chaud (plus de 50°C), ou glacé.

DUREE RECOMMANDEE D'UTILISATION

Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION

-Porteur d'un cathéter veineux central.

-Allergie aux levures, spécialement à S. boulardii

CONDITIONS DE CONSERVATION

A température ne dépassant pas 25 °C, conserver à l'abri de l'humidité

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais

PROBIOTIS / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805319DMP/20UCAV1

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone Industrielle T8 Mellé, Casablanca

THIOBACTIN

Thiamphénicol

LOT : 8MA016
PER : 08/2021

THIOBACTIN 500MG

CP 034

P.P.V : 92DH50



6 118000 061526

ns digestives tell

autres

ns hépatobiliaire

ystite aiguë,

cciques,

Formes et présentations

- Préparation pour usage parentéral (flacon de poudre lyophilisée à 750 mg de thiamphénicol, ampoule de solvant de 5ml) : boîtes de 1 et 8.
- Comprimés enrobés dosés à 250 mg de thiamphénicol : boîtes de 16 et 40.
- Comprimés dosés à 500 mg de thiamphénicol : boîte de 24.
- Granulé pour suspension buvable dosée à 125 mg / 5ml : flacon de 60ml.
- Granulé pour suspension buvable dosée à 250 mg / 5ml : flacon de 60ml.

Propriétés

Le THIOBACTIN est un antibiotique du groupe des phénicolés, sous-groupe du thiamphénicol.

Indications

Celles des phénicolés, sous-groupe du thiamphénicol.

Elles seront limitées à :

- Certaines infection saiguës des voies respiratoires à germes résistants aux autres antibiotiques,

- Urétrites non gonococciques à germes résistants aux autres antibiotiques,
- Méningites à haemophilus,
- Infections à germes anaérobies résistants aux autres antibiotiques

Contre-indications

Sujets présentant des antécédents d'insuffisance médullaire, Nourrissons de moins de six mois, Insuffisant rénal grave, Allergie aux phénicolés.

Mises en garde

Prévenir le médecin traitant en cas de :

- antécédents d'insuffisance médullaire,
- insuffisance rénale.

Recommandations

Ce médicament appartient à la famille des antibiotiques. Il a pour rôle de combattre l'infection dont êtes atteint en détruisant les microbes qui en sont la cause.

1°) Votre médecin a choisi cet antibiotique et non un autre p

FLAGYL® 500 mg

Métronidazole

Comprimé pelliculé.

Lot : 136001
PEL : 06 2024

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V. : 49DH80



SANOFI

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination :

FLAGYL 500 mg, comprimé pelliculé.

b) Composition :

Métronidazole 500mg.

Excipients : amidon de blé, povidone K 30, stéarate de magnésium, hypromellose, macrogol 20000, pour un comprimé pelliculé.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Comprimé pelliculé, boîte de 20.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTIBIOTIQUES ANTIBACTÉRIENS ANTI-PARASITAIRES de la famille des nitro-5- imidazolés.

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

3. ATTENTION !

a) Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament :

- Ce médicament ne doit jamais être utilisé dans les cas suivants :
 - allergie aux médicaments de la famille des imidazolés (famille d'antibiotiques à laquelle appartient le métronidazole),
 - intolérance ou allergie au gluten, en raison de la présence d'amidon de blé (gluten).

- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé en association avec le disulfirame ou l'alcool (boissons alcoolisées, médicaments contenant de l'alcool).
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b) Mises en garde spéciales :

- La prise de boissons alcoolisées durant ce traitement est déconseillée en raison du risque de réactions à type de rougeur du visage, chaleur, vomissements, accélération du rythme cardiaque.
- Il convient d'interrompre le traitement et de consulter un médecin en cas d'apparition d'une mauvaise coordination des mouvements volontaires, apparition de vertiges ou de confusion.
- Attention à la prise de ce médicament si vous souffrez de troubles nerveux sévères, chroniques ou qui évoluent.
- La prise de ce comprimé est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

c) Précautions d'emploi :

- En cas d'antécédents de troubles sanguins, de traitement à forte dose et/ou de traitement prolongé, votre médecin peut être amené à contrôler régulièrement par des examens sanguins votre numération formule sanguine.

(fourmillements, difficulté à coordonner des mouvements, vertiges, convulsions).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, et notamment avec le disulfirame et l'alcool, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

La prise de ce médicament peut perturber les résultats de certains examens de laboratoire (recherche de tréponèmes) ; le métronidazole peut en effet faussement positiver un test de Nelson.

e) Grossesse - Allaitement :

En cas de besoin, ce médicament peut être pris pendant la grossesse. Il convient cependant de demander l'avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Eviter l'allaitement pendant la prise de ce médicament.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT, AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

f) Conducteurs et utilisateurs de machines :

L'attention est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions, attachés à l'emploi de ce médicament.

g) Liste des excipients dont la connaissance est nécessaire pour une utilisation sans risque chez certains patients :

Amidon de blé (gluten).

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

a) Posologie :

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de six ans. Chez l'enfant de moins de six ans, il existe des formes pharmaceutiques plus adaptées.

La posologie dépend de l'âge et de l'indication thérapeutique.

À titre indicatif, la posologie usuelle est :

- chez l'adulte : de 0,750 g/jour à 2 g/jour,
 - chez l'enfant : 500 mg/jour à 20 - 40 mg/kg/jour.
- Dans certains cas, votre partenaire doit être impérativement traité, qu'il présente ou non des signes cliniques.
- DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

b) Mode et voie d'administration :

Voie orale.

