

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 051235

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

24140

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 561

Société : R.A.17

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JABBAR DRISS

Date de naissance : 21.7.1945

Adresse : Angle Rue des Platanes, Rue des Peupliers SOSIS
CASABLANCA

Tél. : 0522254052

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS	
09-MARS-2020	Age:
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
ACCUEIL	

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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 : 01.2.2020

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
4 FEV 2020	c2		3000 DT. TVA 0% +	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OASIS 61 Bd. Abderrahmane Oasis CASABLANCA Tel: 29.81.46 / 53.09.18	24/02/2020	210.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points left, and another labeled 'G' points right.				

Docteur Mohamed Amine

الدكتور محمد أمين

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

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

شهادة التخصص العليا من كلية الطب بتولوز و الطب الباطني

شهادة جامعية في أمراض التغذية و السمنة

شهادة جامعية في أمراض السكرية

شهادة جامعية في أمراض الفوسفوروكالسيوم للعظام

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

من كلية الطب بمونبولي

Diplôme d'Université de Nutrition et Diététique

Diplôme d'Université de Diabétiologie

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

Diplôme d'Université d'Echographic 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 FÉV. 2020

الدار البيضاء، في

92.50

Total: 210.80

49.80

38.00

30.50

S.V.

Co Theskenon

2 mg x 2

S.V.

Floxyf

1 mg x 2

S.V.

Biosolice

3 mg

S.V.

I modine

3 gel

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

Dr. Mohamed AMINE
EX-POLYCLINIQUE
TATA - CASABLANCA
Tél: 27.96.47 / 022.27.01.93
Fax: 022.29.54.88

زنقة طاطا (بونكارى سابقا) الدار البيضاء - الهاتف : 022 27 01 93 / 022 27 96 47 - الماسك : 022 29 54 88



Gélule
Voie orale

Probio

Saccharomyces boulardii

Lot : 190242
06/06/2021
38000 BH

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Saccharomyces boulardii (2.10¹⁰ CFU/g)...282.5 mg
Maltodextrine, Enveloppe : Hypromellos colorant

Fabriqué par :

Deva
146-147 Zone Industrielle
Til Melit, Casablanca

FORME ET PRÉSENTATIONS :

PROBIOTIS : Gélule végétale. Boîte 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.

DURÉE RECOMMANDÉE 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

THIOBACT

Thiamphénicol

LOT : 8MA016
PER : 08/2016

THIOBACTIN 500 MG
CP 884

P.P.V : 92DH50



6 118000 061526

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 infections saignantes 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, Insuffisance rénal grave, Allergie aux phénicolés.

Mises en garde

Prévenir le médecin traitant en cas d'

- 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 pa-

ns digestives tell
autres
ons hépatobiliaire
ystite aiguë,
ciques,

FLAGYL® 500 mg

Métronidazole

Comprimé pelliculé.

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V : 49DH80

6 118000 060062

LOT : 06 2024
PER : 19E001

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 DOUCE, 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.

Il est important de prévenir la survenue de troubles nerveux (fourmillements, difficulté à coordonner des mouvements, vertiges, convulsions).

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

d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, et notamment avec le disulfirame et l'alcool, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT 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 méthronidazole 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 GROSSEZUE 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.

