

# 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.

## Diagnostique 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)

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- 0040897

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1003 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 53882  
Nom & Prénom : Bogess Lahcen  
Date de naissance : 01-01-1985  
Adresse : Allal Ben Abdellah Casablanca 20000  
Tél. : 06 66 39 66 66 Total des frais engagés : 1047,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]  
Date de consultation : 13/01/21  
Nom et prénom du malade : [Stamp]  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Aff. Digestive  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : [Stamp]  
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 : 01/02/2021  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
13/01/21		C3 300,00 examen 300,00 300,00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/01/21	24780

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

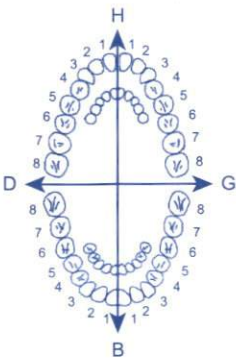
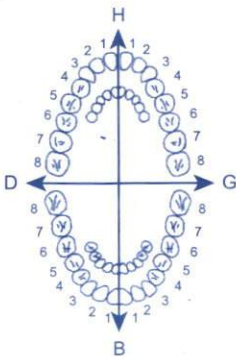
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUT

**PROFESSEUR DRISS JAMIL**

Maladies de l'appareil Digestif

**Foie - Estomac - Intestins**

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

casablanca le, 13/01/2021

**Mr BAGASS Lahcen**

**VITANÉVRIL B6-B12**

1 comprimé, 3 fois par jour, pendant 10 jours

**EUZOL 20**

1 comprimé le matin avant le petit déjeuner, pendant 14 jours

**DUSPATALIN 200**

1 gélule, matin et soir, au milieu des repas, pendant 10 jours

**STIMOL**

1 sachet, 2 fois par jour, pendant 10 jours

**PROFESSEUR DRISS JAMIL**

Maladies de l'appareil Digestif

**Foie - Estomac - Intestins**

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

ICE : 001856634000094

INP : 09 08 00 28

Date: 13/01/2021

**Mr BAGASS Lahcen**

**Note d'honoraire**

Actes	Montant
Consultation	300,00
Echographie	500,00
<hr/>	
<b>Total :</b>	<b>800,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **HUIT CENTS DIRHAMS**

Professeur Driss JAMIL  
Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif  
201, Bd d'Anfa - Casablanca  
T: 05 27 94 62 62 / 05 27 94 61 61



## Foie - Estomac - Intestins

Membre de la société Française de coloproctologie  
Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

## Echographie Abdominale

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE

05 22 94 61 61 / 05 22 94 61 62  
 201 شارع النفا - الكبد - الدار البيضاء  
 جيتيل ادريس الحفصاء

# VITANEVRIL-FORT 100 mg,

## 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.  
(DCI) Benfotiamine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes similaires, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## 2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s)  
par unité de prise

Benfotiamine ..... 100 mg

### Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée.....qsp un comprimé  
Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

## 3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

## 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polynevrites.
- proposé dans d'autres polynevrites supposées d'origine toxocarentielle.
- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

## 5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration ;  
Voie orale.
- Durée du traitement ;  
se conformer à l'ordonnance de votre médecin.
- Fréquence d'administration ;  
2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.  
DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A  
L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

## 6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Intolérance connue à la vitamine B1.
  - Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS  
DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## 7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

NHESITEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE  
VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE  
ET GENANT.

## 8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPOI

En raison de la présence du saccharose et du lactose monohydrate, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption de sucrose-isomaltase.

EN CAS DE DOUTE  
VOTRE MEDECIN

PPV

LOT

PER

## 9. INTERACTIONS

- Interactions avec
- Interactions avec
- Interactions avec alternatives.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## 10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

D'UNE FACON 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.

## 11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

## 12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

## 13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

## 14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- Conditions de prescription et de délivrance
- Précautions particulières de conservation
- Tenir hors de la portée des enfants
- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte
- Nom et adresse du fabricant quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc

Sans objet

- Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc

SYNTHEMEDIC  
20-22, Rue Zoubeyr Ibnou Al Aquam  
Roches Noires  
20300 Casablanca  
Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015

# STIMOL<sup>®</sup>

MALATE de CITRULLINE

Lot: 263

EXP.: 05 2022

BIOCODEX MARC PPV 82.90DH

## NOTICE INFORMATION DE L'UTILISATION

STIMOL 1 g, poudre effervescente pour solution buvable en sachet-dose  
Malate de citrulline

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient **des informations importantes** pour votre traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que STIMOL 1 g, POUDRE EFFERVESCENTE POUR SOLUTION BUvable EN SACHET-DOSE et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre STIMOL 1 g, POUDRE EFFERVESCENTE POUR SOLUTION BUvable EN SACHET-DOSE ?
3. Comment prendre STIMOL 1 g, POUDRE EFFERVESCENTE POUR SOLUTION BUvable EN SACHET-DOSE ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

# DUSPATALIN®

200 mg Chlorhydrate de mébévérine

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre 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.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DUSPATALIN 200 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DUSPATALIN 200 mg, gélule ?
3. Comment prendre DUSPATALIN 200 mg, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DUSPATALIN 200 mg, gélule ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## **1. QU'EST-CE QUE DUSPATALIN 200 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Classe pharmacothérapeutique - code ATC  
DUSPATALIN 200 mg contient du chlorhydrate de mébévérine. Il appartient à un groupe de médicaments appelé antispasmodiques, qui agissent sur votre intestin.  
DUSPATALIN 200 mg est utilisé pour soulager les symptômes des troubles fonctionnels intestinaux. Ces symptômes varient d'une personne à l'autre mais peuvent inclure :

- des douleurs et des crampes du ventre
- une sensation de ballonnements et des flatulences
- une diarrhée, une constipation ou une association des deux
- des petites selles (féces) dures, en forme de granules ou de ruban.

En l'absence d'amélioration ou si les symptômes s'aggravent, consultez votre médecin.

## **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE DUSPATALIN 200 mg, gélule ?**

**Ne prenez jamais DUSPATALIN 200 mg**  
• si vous êtes allergique au chlorhydrate de mébévérine ou à l'un des composants de DUSPATALIN 200 mg.  
En cas de doute, il est indispensable de consulter votre médecin.

LOT : 20E004V  
PER : 05 2022

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20

P.P.V : 54DH00



prendre DUSPATALIN 200 mg n'est pas une indication de votre médecin. DUSPATALIN 200 mg ne doit pas être utilisé sans avis de votre médecin. Votre médecin pourrait vous conseiller de ne pas prendre un autre médicament si vous prenez déjà un autre médicament. Demandez conseil à votre médecin avant de prendre tout médicament.

## **Conduite de véhicules et utilisation**

Aucun effet susceptible d'altérer l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines n'est attendu.

## **3. COMMENT PRENDRE DUSPATALIN 200 mg, gélule**

Veillez à toujours prendre ce médicament conformément aux indications de votre médecin. Vérifiez la posologie avec votre pharmacien en cas de doute.

### Posologie

#### Adulte

La posologie usuelle est de 1 gélule, 2 fois par jour.

### Mode d'administration

Voie orale.

La gélule sera prise avant les repas, avec un verre d'eau.

### Fréquence d'administration

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

### Durée de traitement

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

**Si vous avez pris plus de DUSPATALIN 200 mg, gélule :**

Consultez immédiatement votre médecin.

**Si vous oubliez de prendre DUSPATALIN 200 mg, gélule :**

- Si vous oubliez une gélule, ne la prenez pas plus tard que l'heure habituelle.
- Ne prenez pas de dose double pour compenser la gélule oubliée.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de DUSPATALIN 200 mg, gélule, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

## **4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas chez toutes les personnes.



# Euzol®

Esoméprazole

blèmes hépatiques sévères.  
blèmes rénaux sévères.  
ou une réaction cutanée après un traitement par u  
uisant l'acidité gastrique.  
n examen sanguin spécifique (Chromogranine A).  
uer des symptômes d'autres maladies. Si  
informer immédiatement votre médecin si :  
s sans raison et vous avez des problèmes pour avaler,  
urs à l'estomac ou une indigestion,  
nourriture ou du sang,  
es noires teintées de sang.  
n d'un traitement « à la demande » en fonction des besoins, vous  
médecin si les symptômes persistent ou se modifient.  
eur de la pompe à protons tel que l'ésoméprazole, en particulier sur  
ure à un an, peut légèrement augmenter le risque de fracture de la t  
ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez  
vous prenez des corticoïdes (qui peuvent augmenter le risque  
ne éruption cutanée, en particulier au niveau des zones exposées au  
le médecin dès que possible, car vous devrez peut-être arrêter votre  
Euzol®. N'oubliez pas de mentionner également tout autre effet  
une douleur dans vos articulations.

**Euzol® et Euzol®, microgranules gastro-résistants en gélule**  
ecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez  
médicament y compris les médicaments obtenus sans ordonnance.  
sur le fonctionnement d'autres médicaments et réciproquement.  
endre Euzol® si vous prenez le médicament suivant :  
dans le traitement de l'infection par le VIH).  
votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments

dans le traitement de l'infection par le VIH ;  
pour prévenir la formation de caillots dans le sang) ;  
conazole ou voriconazole (utilisés dans le traitement des infections  
ns le traitement du cancer) ;  
mine ou cimetidine (utilisés dans le traitement de la dépression) ;  
dans le traitement de l'anxiété, de l'épilepsie ou comme relaxant

par l'un de ces effets, vous ne devez pas conduire ou utiliser des machines.

**Euzol®, microgranules gastro-résistants en gélule contient du saccharose :**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance au saccharose, ne prenez pas ce médicament.

**Euzol®, microgranules gastro-résistants en gélule :**  
Prenez exactement comme votre médecin ou votre pharmacien vous l'a prescrit. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien si vous ne savez pas comment le prendre.

Si vous ne savez pas comment le prendre, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien. Si vous ne savez pas comment le prendre, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous ne savez pas comment le prendre, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien. Si vous ne savez pas comment le prendre, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Posologie

Votre médecin vous dira le nombre de gélules à prendre et la durée du traitement. Ce traitement dépendra de votre état de santé, de votre âge et du fonctionnement de votre foie.

Les doses recommandées sont mentionnées ci-dessous :

### Utilisation chez les adultes âgés de 18 ans et plus :

#### Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien (brûlures et remontées acides)

• Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, la dose recommandée est de 40 mg d'Euzol® une fois par jour pendant 4 semaines.

Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire pour obtenir une guérison complète.

• La dose recommandée après cicatrisation de l'œsophage est une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour.

• Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour. Une fois le contrôle des symptômes obtenu, votre médecin peut vous recommander de prendre une gélule d'Euzol® 20 mg une fois par jour en fonction de vos besoins.

• Si vous avez de graves problèmes hépatiques, il est possible que votre médecin vous donne une dose plus faible.

### En cas d'infection par la bactérie appelée *Helicobacter pylori*, traitement de l'ulcère du duodénum et prévention de la récurrence de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum

• La dose recommandée est d'une gélule d'Euzol® 20 mg deux fois par jour pendant 4 semaines.

LOT : 4020  
UT. AV. : 10-23  
P.P.V. : 82 DH 10

