

## 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 Aïfai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïfai 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

M22- 0005157

11776

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 571 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : WARID BOUAZZA  
 Date de naissance : 1945  
 Adresse : AIN CHIFA I Rue 1 n° 80 CASA  
 Tél. : 06 95 37 25 53 Total des frais engagés : 97,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr. HASSAN ESSOUBHY  
 Spécialiste des Maladies de L'Appareil  
 Digestif du Fois & L'Anus  
 396, Bd. EL Fida - 2ème Etage  
 Casablanca - Tél : 0522 83 46 66  
 Date de consultation : 18 / 5 / 22  
 Nom et prénom du malade : WARID BOUAZZA Age : 77  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : sht  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : CASA Le : 18 / 05 / 22  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
18/15/22	soins			Dr. HASSAN ESSADOU Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif du Foie & L'Anus 396, Bd. EL Fida - 2ème étage Casablanca - Tél : 0522 83 46 66

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE MEDICINE MBL SARTAU 31, Rue Abov El Abbas, Derb Baladia CASABLANCA Tél : 0522 28 12 95 - 0522 80 44 61	18/10/22	97.20

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

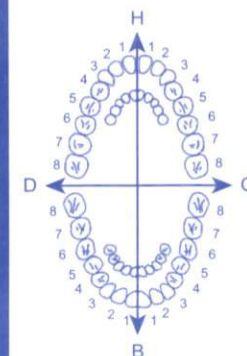
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX	
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'EXECUTION



# Docteur Hassan ESSOUBHY

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif,  
du Foie & de l'anus

Endoscopie Digestive

Gastroscopie

Recto - sigmoïdoscopie - coloscopie

Echographie Abdominale

Proctologie



الدكتور حسن الصبحي

أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي  
والكبد والبواسير

الكشف بالجهر الداخلي للمعدة والأمعاء

الكشف بالأمواج فوق الصوتية

Casablanca, le : 18/5/20

W. A. R. I. O. B. O. U. A. Z. Z. A.

1, 2820  
SUCRINAL 70

1/2 (1/2 L)

2, 69-00  
PROB (5.7.15)

1/2 (1/2 L) AU = 10, 2

97.20

PHARMACIE NOUVELLE MEDINA  
MBL SARL AU  
31, Rue Abou El Abbas, Derb Bouladja  
CASABLANCA  
Tél: 0522 28 12 95 - 0522 83 46 66

Dr. HASSAN ESSOUBHY  
Spécialiste des Maladies de L'Appareil  
Digestif du Foie & L'Anus  
396, Bd. EL Fida - 2ème Etage  
Casablanca - Tél. : 0522 83 46 66

396, شارع الفداء, الطابق الثاني - (فوق صيدلية الديوري) - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 83 46 66

396, Bd El Fida - 2ème étage - (Au-dessus de la Pharmacie DIOURI) - Casablanca - Tél. : 0522 83 46 66



# SULPIDAL® 50 mg gélules

## Sulpiride

PPV

LOT

28, 20

PER

50 mg

### 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

#### a) DENOMINATION

SULPIDAL® 50 mg, gélule

#### b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Sulpiride

Excipients q.s.p. 1 gélule.

#### c) FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 20 gélules.

#### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE

BENZAMIDE

(N : Système Nerveux)

### 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines formes d'anxiété chez l'adulte et dans le traitement de certains troubles du comportement de l'adulte et de l'enfant de plus de 6 ans.

### 3. ATTENTION !

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

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

- allergie au sulpiride ou à l'un des constituants de la gélule,
- phéochromocytome (atteinte de la glande médullosurrénale provoquant une hypertension artérielle sévère),
- en association avec les antiparkinsoniens dopaminergiques.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, pendant l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### b) MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'apparition de fièvre inexpliquée, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

Afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra être amené à vous faire pratiquer un électrocardiogramme.

Chez l'enfant, un suivi médical régulier est indispensable.

La prise de comprimé ou de gélule est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

#### c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin que votre médecin puisse adapter la posologie et/ou la surveillance de votre traitement ;

Il est nécessaire de le prévenir en cas de :

- maladie cardiaque,
- maladie de Parkinson,
- insuffisance rénale,
- antécédents de convulsions (ancienne ou récente), épilepsie.

La prise de boissons alcoolisées est fortement déconseillée pendant la durée du traitement.

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





Gélule  
Voie orale

# Probiotis

Saccharomyces boulardii



## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Saccharomyces boulardii (  $2.10^{10}$  CFU/g ) 282.5 mg , Stéarate de magnésium,  
Maltodextrine ... qsp gélule

## FORME ET PRESENTATIONS :

PROBIOTIS : Gélule. Boite de 10 et 20

LDT: 210382  
DLUO: 09/2023  
69.00 DH

## 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

Code : AC2 - 00065

**Deva**  
Pharmaceutique

145-147 Zone Industrielle Tn Mellil, Casablanca