

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.

M22- 0005157

117720

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 571 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : WARID BOUZZA

Date de naissance : 1945

Adresse : AIN CHIFA I RUR 1 N° 80 CASA

Tél. 06 95 37 95 53 Total des frais engagés : 97.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 18/05/2022

Nom et prénom du malade : WARID BOUZZA Age : 77

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 

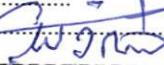
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 

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 : 18/05/2022

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
18/5/12	consulte			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE MEDINA 31, Rue Abou EL Abbes, Derb Baladia 0522 28 12 00	10/12/2012	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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A 3D coordinate system with three axes: H (vertical), D (horizontal), and G (depth). The axes are labeled with numbers 1 through 8 at various points along their lengths. The H-axis has labels 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The D-axis has labels 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The G-axis has labels 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

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

Casablanca, le : 18/5/20



الدكتور حسن الصبحي

أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي
والكبد والبواسير

الكشف بالمجهر الداخلي للمعدة والأمعاء

الكشف بالأمواج فوق الصوتية

WARIS. BOUARZAZA.

1)

28²⁰

SACRIPITAL 50

1 gout li x 2 Ls

2)

69-00

PROB (S.T.S)

1 sachet + 2h Au = 10,-

97-20

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 الدبوري) - الدار البيضاء - المارق : 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

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 médullo-surrénale 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 inexplicable, 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.

PPV

LOT

PER

28.20

50 mg



Gélule
Voie orale

Probiotis

Saccharomyces boulardii

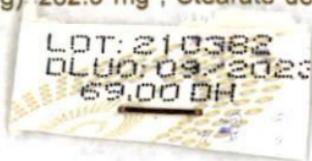
Deva
Pharmaceutique

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. 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.

DUREE 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

Code : AC2 - 00065