

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et ren...

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° M21- 069084

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3865 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Aouzal Thams  
Date de naissance : 20/06/73  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/07/2022  
Nom et prénom du malade : Aouzal Thams  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Aff  
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...

Le : / /



### 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
01/07/2022	cas		2500H	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DATTIER</b> 149 B Lotissement Hg Patah 5 Lissasfa - Casablanca Tel 0631 11-06378	01/07/22	51,90

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Asmaâ ZAIDANI

Spécialiste en Pédiatrie

Allergologie Pédiatrique

(Sur Rendez-vous)



الدكتورة أسماء الزيداني

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع  
أمراض الحساسية و الربو (الضيق) عند الأطفال

(الفحص بالموعد)

01 Jul 2022

Casablanca, le :

Leef Aouzal Iyas

1. Zookinun Sup

57

21,90

1 Bon = 18kg

x 3, 20cm

30,00 adat repas

2. Brazol domy gel

57

1 gel / le matin 5at 7g

3. Dupraxe Saale 300

1 Saale x 4j post 7g

4. Zameo x Sup lef

1 Sup 18kg x 3j 5at 7g



## بروكينين® 5 ملج/5 مل معلق للشرب دومبيريدون

يجب قراءة هذه النشرة كاملة قبل تناول هذا الدواء.  
يرجى الاحتفاظ بهذه النشرة، فقد تحتاج إلى قراءتها مرة ثانية.  
إذا كان لديك أي سؤال أو شك، يرجى استشارة الطبيب أو الصيدلاني.  
لقد تم وصف هذا الدواء لكم شخصياً، ولا يجوز إعطاؤه لشخص آخر.  
تشابهت الأعراض، فقد يؤدي ذلك إلى أخطار غير محسوبة.  
في حالة وجود آثار جانبية حادة، أو آثار جانبية غير مذكورة في  
النشرة، يرجى استشارة الطبيب أو الصيدلاني.

1 - ما هو بروكينين معلق للشرب، وما هي دواعي الاستعمال؟

الفئة الدوائية والعلاجية  
منبهات للحركة المعوية (A03FA03).

دواعي الاستعمال العلاجية  
يوصف بروكينين معلق للشرب عند الأطفال والبالغين لتخفيف أعراض  
الغثيان والقيء.

2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول بروكينين مع  
للشرب؟

موانع الاستعمال  
لا تتناول بروكينين معلق للشرب في الحالات التالية:  
إذا كنت تعاني من الحساسية لدومبيريدون أو أي من مكونات الدواء  
الأخرى.

- نزيف في المعدة أو إذا كان لديك ألم في البطن بانتظام شديد أو براز أسود.  
- انسداد أو ثقب في الأمعاء.  
- لديك ورم في الغدة النخامية (برولاكتيني).  
- إذا كنت تتناول بعض الأدوية التي تبطئ عملية الأيض للأدوية الأخرى  
في الجسم، ويمكن أن يؤثر أيضاً على معدل ضربات القلب مثل  
الكينيدونازول، الفلوكانازول أو فوريكانول الذي يستخدم لعلاج  
الالتهابات الفطرية. المضادات الحيوية مثل الأريثروميسين،  
كلاريثروميسين أو تيليثروميسين. أو أميدارون، وهو دواء للقلب.  
- لديك أو كنت تعاني من مرض الكبد.

إذا كان هناك أي شك، استشر طبيباً أو الصيدلاني.  
الاحتياطات والمحاذير الخاصة.  
إذا كان لديك مشاكل في الكبد أو الكلى، اتبع بدقة تعليمات الطبيب.  
إذا كنت تأخذ أدوية أخرى أيضاً، يرجى قراءة "التفاعلات مع الأدوية  
الأخرى".

قد تتراقق مع دومبيريدون زيادة خطر عدم انتظام ضربات القلب والسكتة  
القلبية. قد تكون هذه المخاطر أعلى بالنسبة للأشخاص أكثر من 60 عاماً  
والذين يتناولون أكثر من 30 ملج الدواء اليومي. وينبغي استخدام  
دومبيريدون في أقل جرعة فعالة للبالغين والأطفال.  
لا تأخذ بروكينين معلق للشرب لأكثر من 7 أيام إلا إذا تم وصفه من قبل  
الطبيب.

إذا كنت في شك، لا تتردد في طلب الطبيب أو الصيدلي.  
التفاعلات مع الأدوية الأخرى:

تناول أدوية أخرى:  
لا تأخذ بروكينين معلق للشرب إذا كنت تأخذ أيضاً الكينيدونازول عن  
طريق الفم (وهو دواء يستخدم لعلاج التهابات الفطرية) أو  
الأريثروميسين عن طريق الفم (مضاد حيوي). وبعض الأدوية التي تبطئ  
عملية الأيض (تدهور) أدوية أخرى في الجسم، ويمكن أن يؤثر أيضاً معدل  
ضربات القلب.

21, 90

تعليمات في حالة نسيان تناول واحدة من الجرعات  
إذا نسيت تناول بروكينين معلق للشرب:  
لا تتناول جرعة مضاعفة لتعويض الجرعة التي لم نسيانها.

4 - ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟

وصف الآثار الجانبية

كما هو الحال مع كل الأدوية، فإن بروكينين معلق للشرب يؤدي إلى آثار  
جانبية، تختلف من شخص لآخر.  
- نادرة جداً:

- التشنجات.
- الحركات اللاإرادية في الوجه والذراعين والساقين، ارتجاف، وتصلب  
العضلات المقرطة أو تشنجات عضلية.
- الطفح الجلدي، والحكة، وضيق في التنفس و/ أو تورم في الوجه، وخلايا  
النحل، والطفح الجلدي، صعوبة في التنفس والإغماء.
- عدم انتظام ضربات القلب (سرعة ضربات القلب أو عدم انتظام)
- وفاة غير متوقعة ناجمة عن توقف مفاجئ في وظيفة القلب في  
الشخص الذي قد يكون أو لا يكون على علم بأمراض القلب.

- نادر:  
• توقف الدم الحيض عند النساء.  
إذا لاحظت أي آثار جانبية لم تذكر في هذه النشرة، أو إذا أصبحت الآثار  
الجانبية أكثر حدة، أخبر الطبيب أو الصيدلاني.

5 - كيف يحفظ معلق بروكينين للشرب؟

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

ظروف التخزين

يحفظ في درجة حرارة الغرفة (15-30°م).

بعد فتح العبوة، يمكن حفظ بروكينين معلق للشرب لمدة ثلاثة شهور.  
لا تأخذ بروكينين معلق للشرب بعد هذا التاريخ.

**Prazol® 20mg**

Omniprazole

7 gélules



6 118000 04099

PPV: 30DH00  
PER: 04/24  
LOT: K3638-3

**FORME PHARMACEUTIQUE**

- Gélule contenant des micro-

- Présentation: boîte de 7,

**CLASSE PHARMACO-THER**

PRAZOL® 20 mg, gélule gas

médicaments appelée inhibi

**DANS QUEL(S) CAS UTILIS**

PRAZOL® 20 mg, gélule g

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsopha

- les ulcères de la partie h

- les ulcères infectés par

également vous prescrire des antim

- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.

- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de

Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel  $\geq 10$  kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de

l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, le médecin peut également

prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT**

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

re ce médicament.

emandez plus d'informations à votre

donnez jamais à quelqu'un d'autre, même

marquez un effet indésirable non mentionné

icien.

..... 20 mg  
..... 1 gélule

ence active oméprazole. Il appartient à la classe des  
nue la quantité d'acide produite par votre estomac.

r traiter les affections suivantes :

duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).  
cobacter pylori. Dans ce cas, votre médecin peut  
ent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

ment de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.  
mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.

• Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de

Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel  $\geq 10$  kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de

l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, le médecin peut également

prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT**

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :