

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0025405

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10492**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Bougtib Said**

Date de naissance : **08/03/1966**

Adresse : **Blc 1 Bd. chouhada N°: 142 Hay Mohammadi**

Tél. : **06 64 33 36 11** Total des frais engagés : **234,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. TAOUSSI Abdellah**  
Omnipraticien - Echographie  
59, Bd. Chafaa Najem Derb Moulay Cherif  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél. 022.62.30.21

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04/11/2022**

Nom et prénom du malade : **BouGTIB SAID**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : **ALD** ALC Pathologie : **Pathologie**

En cas d'accident préciser les causes et/ou circonstances :

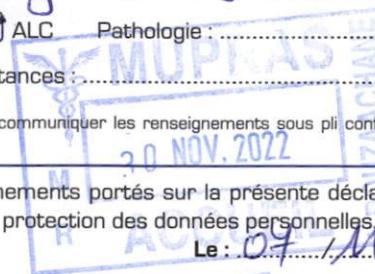
Dans le cas où la maladie a un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **04/11**

Le : **04/11/2022**

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07.11.22        | G                 |                       | 10000                           | Dr. TAUSSI Abdellah<br>Omnipraticien - Echographie<br>59 Bd. Chafai Njem Derb Moulay Cherif<br>Hay Mohammadi - Casablanca<br>Tel. 022.62.30.21 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE D'AL MOURADI<br>Mme NACIR EL GOURAANI<br>29 Bd A II Vata - Casablanca<br>INPE 092020551<br>Tél 0522 62 13 53 | 11.11.22 | 13700                 |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 |  |
|--|----------------|------------------|-------------|--|
|  |                |                  |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX                   |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
| MONTANTS DES SOINS                                     |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS                       |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
| DEBUT D'EXECUTION                                      |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION                        |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
| FIN D'EXECUTION  |                |                  |             | FIN D'EXECUTION                          |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX                                 |                |                  |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX                   |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE               |                |                  |             | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
| H 25533412 00000000 35533411                           |                |                  |             | H 25533412 00000000 35533411             |
| G 21433552 00000000 11433553                           |                |                  |             |  |
| B 00000000 00000000 11433553                           |                |                  |             |  |
| D 00000000 00000000 35533411                           |                |                  |             |  |
| G 00000000 00000000 11433553                           |                |                  |             |  |
| B 00000000 00000000 11433553                           |                |                  |             |  |
| D 00000000 00000000 35533411                           |                |                  |             |  |
| G 00000000 00000000 11433553                           |                |                  |             |  |
| (Création, remont, adjonction)                         |                |                  |             | (Création, remont, adjonction)           |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
| DATE DU DEVIS  |                |                  |             | DATE DU DEVIS                            |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
| DATE DE L'EXECUTION                                    |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION                      |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |
|  |                |                  |             |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. TAOUSSI Abdellah**  
Omnipraticien - Echographie  
59, Bd. Chafai Najem Derb Moulay Cherif  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél.. 022.62.30.21

Le : 27/11/2022

ORDONNANCE

34,000 mg 1g BAGTIB  
49,000 osmosee -  
Bclamezol 1ml a 5% 2x15ml  
54,000 1gel. 1481-1  
Duspabelin 1gel 2x1416ml  
137 2x15ml dekutins

PHARMACIE D'ABDERRAHMANE  
29 Bd. Al Yaaqoubi Casablanca  
INPE : 022.62.13.53  
Tél. 0522.62.13.53

**Dr. TAOUSSI Abdellah**  
Omnipraticien - Echographie  
59, Bd. Chafai Najem Derb Moulay Cherif  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél.. 022.62.30.21

PHARMACIE D'ABDERRAHMANE  
29 Bd. Al Yaaqoubi Casablanca  
INPE : 022.62.13.53  
Tél. 0522.62.13.53



# DUSPATALIN®

**200 mg Chlorhydrate de mébénédéryne**

**Veuillez 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.

1. QU  
PER  
101-214005  
DUSPA  
2023  
appartie  
agissent

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20

P.P.V : 54DH00



6 118000 010531

gélule ET DANS QUELS

e mébénédéryne. Il  
pasmodiques, qui  
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 (fèces) dures, en forme de granulés 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, gélule :**

• si vous êtes allergique au chlorhydrate de mébénédéryne, composants de DUSPATALIN 200 mg (mentionnés). En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis ou de votre pharmacien.

**Autres médicaments et DUSPATALIN 200 mg, gélule**

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

**Grossesse et allaitement**

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous prévoyez une grossesse, demandez conseil à votre pharmacien. Prendre ce médicament.

DUSPATALIN 200 mg n'est pas recommandé pour les femmes enceintes. DUSPATALIN 200 mg ne doit pas être utilisé pendant la grossesse. Votre médecin pourrait vous conseiller d'arrêter la prise de ce médicament si vous souhaitez aller enceinte. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien. Prendre tout médicament.

**Conduite de véhicules et utilisation de machines**

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

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

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant les indications de votre médecin. Vérifiez auprès de votre pharmacien en cas de doute.

**Posologie**

**Adulte**

La posologie usuelle est de 1 gélule, 2 à 3 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 ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre DUSPATALIN 200 mg, gélule,

- Si vous oubliez une gélule, ne la prenez pas et prenez l'heure habituelle.

- Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose oubliée de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES**

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

# BELMAZOL® 20 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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 identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

### b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par gélule :

Oméprazole ..... 20 mg

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171), indigo carmin (E132), gélatine.

### c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte :

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récidives d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récidives d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de Helicobacter pylori dans la maladie ulcérante gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'oesophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

Utilisation pédiatrique :

Enfant à partir de 1 an et  $\geq 10$  kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

Enfant du plus de 4 ans et adolescent :

- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par Helicobacter pylori.

## 3. ATTENTION !

### a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- Hypersensibilité à l'oméprazole, aux dérivés benzimidazolés ou à l'un des excipients.
- L'oméprazole ne doit pas être administré de façon concomitante avec le neflénavir.

### b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION :

- Certains enfants atteints d'affections chroniques peuvent nécessiter un traitement à long terme bien que cela ne soit pas recommandé.

- Un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons pourrait légèrement augmenter le risque d'infections gastro-intestinales, comme une infection par salmonelle et par campylobactère.

## 4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

### a) POSOLOGIE USUELLE

• Adulte :

Traitement des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.

Prévention des récidives des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement des ulcères gastriques : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

Prévention des récidives des ulcères gastriques : Chez les patients faiblement répondeurs : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Eradication de Helicobacter pylori dans la maladie ulcérante gastroduodénale :

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + clarithromycine 500 mg + amoxicilline 1000 mg, chacun 2 fois par jour pendant une semaine,

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + clarithromycine 250 mg (ou 500mg) + métronidazole 400 mg (ou 500mg ou lindazole 500mg), chacun 2 fois par jour pendant une semaine,

- soit 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg une fois par jour + amoxicilline 500 mg + métronidazole 400 mg (ou 500 mg ou lindazole 500 mg), chacun des deux 3 fois par jour pendant une semaine.

Si le patient présente encore H pylori après cette trithérapie, le traitement peut être répété.

Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS chez les patients à risque (âge > 60 ans, antécédents d'ulcères gastriques et duodénaux, antécédent d'hémorragie digestive haute) : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement de l'œsophagite par reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 4 à 8 semaines.

Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux : la dose peut augmenter à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement du reflux gastro-œsophagien : pendant 4 semaines.

Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison : 80 mg par jour, la dose journalière peut être augmentée jusqu'à 160 mg.

• Enfants :

enfant de 1 à 6 mois : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

enfant de 6 à 12 mois : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

enfant de 1 à 3 ans : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

enfant de 3 à 6 ans : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

enfant de plus de 6 ans : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par H.pylori :

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (> 40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

• Population particulière :

Insuffisants rénaux : aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

Insuffisants hépatiques : une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

Sujets âgés (> 65 ans) : aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

DANS TOUTES LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

### b) VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Il est recommandé de prendre les gélules de Belmazo® 20 mg le matin, de préférence à jeun, et de les

BELMAZOL® 20 mg  
14 gélules



en cas de reflux  
pendant 2 à 4 semaines.  
pendant 4 à 8 semaines.

en cas de reflux  
pendant 2 à 4 semaines.  
pendant 4 à 8 semaines.

49,00

# OSMOSINE®

Hydroxyde de magnésium

## Composition :

Composition pour 5 ml :

Hydroxyde de magnésium ..... 1 g

Excipients : sorbitol, arôme orange, parahydroxybenzoate de méthyle sodé, parahydroxybenzoate de propyle sodé, eau purifiée et autres excipients ..... qsp

## Titulaire et fabricant :

Laboratoires SPIMACO MAROC km 4 ancienne route de l'a

## Qu'est ce qu'OSMOSINE, et dans quels cas est-il utilisé.

OSMOSINE, est présenté sous forme de suspension orale à prendre une cuillère qui peut mesurer de 5 ml.

OSMOSINE, est un médicament contre l'acidité (l'excès d'acide dans l'estomac).



## OSMOSINE, est indiqué dans le traitement symptomatique des :

### Avant de prendre OSMOSINE :

Ne prenez pas ce médicament :

- Si vous êtes allergique à n'importe quel composant de la suspension.
- Si vous souffrez d'une atteinte rénale grave.
- Si vous présentez n'importe quel symptôme d'appendicite, d'obstruction ou d'inflammation intestinale, tels que douleur abdominale d'origine inconnue, crampes, ventre gonflé ou douloureux, nausées, vomissements ou diarrhée.