

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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

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° P19- 0038764

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00919 Société : R A M  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DARDARI Ahmed  
Date de naissance : 22-11-51  
Adresse : Hay Al-Holamane Rue 5 n°3 oulfa  
Tél. : 0522 99 4783 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. BEHATE Mohamed**  
Médecin Généraliste  
Lot. Al Farah Doha Imm. 19 Appt. 2  
RDC Bd. Haj Fateh Hay Oulfa  
Casablanca - Tél: 0622 66 00 18  
Date de consultation : 18 AVR. 2020  
Nom et prénom du malade : EL KHATIB Touria Age : 26 JUN. 20  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection longue durée  
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 : 22/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/11/2020



# 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 AVR. 2020			150,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/04/2020 267,40 DH

# 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

AM

PC

IM

IV

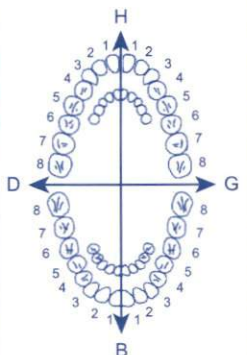
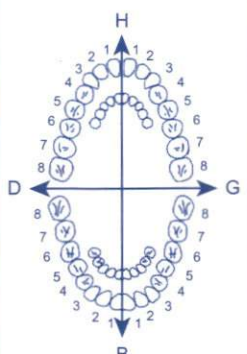
Montant détaillé des Honoraires

# 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 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'EXE

# Docteur Mohamed BEHATE

Diplômé du Centre Hôpitalo-Universitaire  
Ibn Rochd à Casablanca

Ex-Médecin Interne des Hôpitaux d'El Jadida

Ex-Médecin aux Forces Armées Royales

**Médecine Générale**

الدكتور محمد بجات

خريج المركز الإستشفائي الجامعي

إبن رشد بالدار البيضاء

طبيب داخلي بمستشفيات الجديدة سابقا

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا

**الطب العام**

Casablanca, le 18 AVR. 2020 ..... في الدار البيضاء،

Mme DARRADI Touria

70.70 x 2

1 - 20 lam 30 m (2B1A)

10 ph x 10 ph

10 ph x 10 ph

126.00

20 - Escalier 10

10 ph 10 m 20 20

267.40

**Dr. BEHATE Mohamed**  
Médecin Généraliste  
Lot. Al Farah Doha Imm. 19 Appt. 2  
RDC Bd. Haj Fatah Hay Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 65 00 18

N: 23740  
**PHARMACIE SUUNANIM**  
Siham SUUNANIM  
Pharmacien Pharmacie  
Lotissement Annaim Oulfa  
Casablanca  
Tél: 0522 65 00 18

تجزئة الفرح - الضحي - الطابق 19 - 0522 65 00 18 شارع الحاج فاتح امتداد الألفة - ليسانسة 20190 الدار البيضاء  
Lotissement AL FARAH - Addoha, Imm. 19, Appt. 2 RDC, Bd Hadj Fatah Extension Oulfa, Lissasfa 20190 Casablanca  
Tél.: 05 22 65 00 18



# ZOLAM® 30 mg

## Lansoprazole

Microgranules gastro-résistants en gélule

### COMPOSITION

1 Lansoprazole ..... 30 mg  
Excipients dont lactose et saccharose : q.s.p 1 gélule gastro-résistante

### PROPRIÉTÉS

Le lansoprazole est un inhibiteur spécifique de la pompe à protons H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase de la cellule pariétale gastrique ; il diminue la sécrétion acide quelle que soit la nature de la stimulation.

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale.  
- Ulcère duodénal évolutif.  
- Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-oesophagien.

Syndrôme de Zollinger-Ellison.  
- Traitement des lésions gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.

### ATTENTION

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :  
Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'allergie au lansoprazole ou à l'un des constituants.  
**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### Mise en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament est contre-indiqué chez les personnes souffrant de diabète ou de malabsorption du glucose.

En cas d'intolérance au fructose, ce médicament est contre-indiqué.  
- Pour une bonne absorption, il est indispensable de suivre les recommandations d'usage.  
- En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.  
**Précautions d'emploi**  
Utiliser ce médicament avec précaution chez les enfants et chez les personnes âgées.  
**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**Interactions**  
- **ERACTATIONS ENTRE PLU**  
- **STÉMATIQUES ENTRE PHAR**  
- **ECIN OU A VOTRE PHAR**  
- **CIEN AVANT D'UTIL**  
- **NE PAS UTILISER CE MÉDI**  
- **U COURS DE LA GROS**  
- **DEMANDER L'AVIS DE**  
- **CIEN AVANT D'UTIL**  
**AVIS**  
**MÉDICAMENT**  
**DES EFFETS PLU**

1. douleur abdominale  
2. sensation de brûlure  
3. nausées  
4. vomissements  
5. diarrhées  
6. constipation  
7. flatulences  
8. éructations  
9. reflux gastro-oesophagien  
10. dysphagie  
11. hémorragie digestive  
12. hémorragie cutanée  
13. hémorragie oculaire  
14. hémorragie nasale  
15. hémorragie urinaire  
16. hémorragie pulmonaire  
17. hémorragie cérébrale  
18. hémorragie méningée  
19. hémorragie intra-utérine  
20. hémorragie intra-cranienne  
21. hémorragie intra-oculaire  
22. hémorragie intra-auriculaire  
23. hémorragie intra-otique  
24. hémorragie intra-otique  
25. hémorragie intra-otique  
26. hémorragie intra-otique  
27. hémorragie intra-otique  
28. hémorragie intra-otique  
29. hémorragie intra-otique  
30. hémorragie intra-otique  
31. hémorragie intra-otique  
32. hémorragie intra-otique  
33. hémorragie intra-otique  
34. hémorragie intra-otique  
35. hémorragie intra-otique  
36. hémorragie intra-otique  
37. hémorragie intra-otique  
38. hémorragie intra-otique  
39. hémorragie intra-otique  
40. hémorragie intra-otique  
41. hémorragie intra-otique  
42. hémorragie intra-otique  
43. hémorragie intra-otique  
44. hémorragie intra-otique  
45. hémorragie intra-otique  
46. hémorragie intra-otique  
47. hémorragie intra-otique  
48. hémorragie intra-otique  
49. hémorragie intra-otique  
50. hémorragie intra-otique  
51. hémorragie intra-otique  
52. hémorragie intra-otique  
53. hémorragie intra-otique  
54. hémorragie intra-otique  
55. hémorragie intra-otique  
56. hémorragie intra-otique  
57. hémorragie intra-otique  
58. hémorragie intra-otique  
59. hémorragie intra-otique  
60. hémorragie intra-otique  
61. hémorragie intra-otique  
62. hémorragie intra-otique  
63. hémorragie intra-otique  
64. hémorragie intra-otique  
65. hémorragie intra-otique  
66. hémorragie intra-otique  
67. hémorragie intra-otique  
68. hémorragie intra-otique  
69. hémorragie intra-otique  
70. hémorragie intra-otique  
71. hémorragie intra-otique  
72. hémorragie intra-otique  
73. hémorragie intra-otique  
74. hémorragie intra-otique  
75. hémorragie intra-otique  
76. hémorragie intra-otique  
77. hémorragie intra-otique  
78. hémorragie intra-otique  
79. hémorragie intra-otique  
80. hémorragie intra-otique  
81. hémorragie intra-otique  
82. hémorragie intra-otique  
83. hémorragie intra-otique  
84. hémorragie intra-otique  
85. hémorragie intra-otique  
86. hémorragie intra-otique  
87. hémorragie intra-otique  
88. hémorragie intra-otique  
89. hémorragie intra-otique  
90. hémorragie intra-otique  
91. hémorragie intra-otique  
92. hémorragie intra-otique  
93. hémorragie intra-otique  
94. hémorragie intra-otique  
95. hémorragie intra-otique  
96. hémorragie intra-otique  
97. hémorragie intra-otique  
98. hémorragie intra-otique  
99. hémorragie intra-otique  
100. hémorragie intra-otique

n'ont qu'exceptionnellement nécessité l'arrêt du traitement.  
De rares cas de gynécomastie ont été observés.  
D'exceptionnelles hypotensions ont été signalées, en particulier chez le sujet âgé.  
**SYGMAJER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERA PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE**

### COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

**Posologie**  
Éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale  
- Soit 1 gélule de lansoprazole 30 mg matin et soir associée à claritromycine 500 mg matin et soir et à amoxicilline 1000 mg matin et soir, pendant 7 jours.  
- Soit 1 gélule de lansoprazole 30 mg matin et soir associée à claritromycine 500 mg matin et soir et à métronidazole 500 mg matin et soir, pendant 7 jours.  
Cette trithérapie sera suivie par 30 mg de lansoprazole par jour pendant 3 semaines supplémentaires en cas d'ulcère duodénal évolutif ou à 5 semaines supplémentaires en cas d'ulcère gastrique évolutif.  
L'efficacité du traitement dépend du respect du schéma posologique, notamment de la prise de la trithérapie durant les 7 jours.  
Ulcère duodénal évolutif : 1 gélule de lansoprazole 30 mg par jour pendant 4 semaines.  
Ulcère gastrique évolutif : 1 gélule de lansoprazole 30 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.  
Oesophagite par reflux gastro-oesophagien : 1 gélule de lansoprazole 30 mg par jour pendant 4 semaines avec éventuelle seconde période de 4 semaines à la même posologie en fonction des résultats endoscopiques.  
Syndrome de Zollinger-Ellison : la posologie initiale est de 60 mg de lansoprazole une fois par jour. La posologie doit être ajustée individuellement et le traitement poursuivi aussi longtemps que nécessaire cliniquement.

Les posologies supérieures à 120 mg par jour, la posologie journalière par les anti-inflammatoires par pendant 4 à 8 semaines.

odéal : 4 à 6 semaines.

t sur le conditionnement

à l'abri de l'humidité.

même après utilisation.

notice avant d'utiliser ce

ir besoin de la relire

un doute, demandez plus

rien.

crit. Ne le donnez jamais à

biques, cela pourrait être