

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

167879

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 055243

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ROKHSSA YOUSSEF

Date de naissance :

25-04-1963

Adresse :

6 Rue Bayrouate lot El INAKIA
Berrechid 26100

Tél. :

067787461 Total des frais engagés : 287 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ROKHSSA AYoub

Age : 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DERMATOSE

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 : Bechar

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/06/23

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
26/06/93	CS		250.00 DT	INP : 03-11-662388 

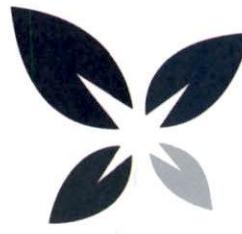
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.06.23	87,30

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	B	00000000	00000000																
	G	35533411	11433553																
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
	A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr. Samira SABER

Dermatologue - Vénéréologue

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers
de l'Université de Besançon, France
Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,
Allergies, Chirurgie Dermatologique,
Médecine Esthétique, Lasers



الدكتورة سميرة صابر

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتالسية

طبية داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد
حاملة شهادة طب التجميل والليزر من جامعة برسون
فرنسا
أمراض الجلد، الشعر والأظافر - الحساسية - جراحة الجلد
طب التجميل - الليزر

Le : 26/06/2013

Roc'h lez Aigues

87, 30

Pluviophix clame



nat en apri, 8 days X1 mls

Rm 3 b5 cut

Dr. Samira SABER
Dermatologue - Vénéréologue
3. Bd Mohamed V, Hay Azzahra
2ème étage , Berrechid
Tél/Fax : 05 22 32 44 77



3, Bd Mohamed V, Hay Azzahra, 2ème étage (près de la mosquée Azzahra) Berrechid

مجمع محمد الخامس حي الرازي الطابق الثاني نزد مسجد ابراهيم - برشيد

E-mail : saberdermat@gmail.com - Tél./Fax : 05 22 32 44 77

DERMOFIX® Crème

Sertaconazole

Composition :

Sertaconazole nitrate2 g
Excipients (dont E218 & Acide sorbique)	100 g

Propriétés :

Le Sertaconazole est un anti-mycosique à usage topique. Son spectre d'activité s'avère très large :
- levures pathogènes (*Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. spp.*, *Pityrosporum orbiculare*)
- dermatophytes (*Trichophyton*, *Epidermophyton* et *Microsporum*)
- champignons opportunistes filamentueux (*Aspergillus*)
- germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- bactéries gram+ (*Staphylococcus* et *Streptococcus*)

Indications thérapeutiques :

Traitements topiques des mycoses superficielles de la peau telles que dermatophytoses d'athlète, *Tinea cruris* (Eczème marginé de Hebra), *Tinea corporis* (Herpès circiné), *Tine* et *Tinea manus*, Candidoses (Minillose) et Pityriasis versicolor (Pityrosp).

Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de réaction de photosensibilité n'a été relevé. Seul un érythème léger peut survenir lors des périodes d'application, n'entrant jamais la suspension du traitement.

Conditions particulières d'emploi :

Dermofix ne convient pas à l'usage ophthalmique.

Après l'application dermique de grandes quantités, on ne détecte pas de niveaux plasmatiques, mais son innocuité n'a pas été démontrée chez le nouveau-né et chez la femme enceinte ou allaitante.

Posologie usuelle, voie et mode d'administration :

Voie topique.

Appliquer la crème une fois par jour (de préférence le soir) ou deux fois (matin et soir), de manière uniformément, en essayant de couvrir 1 cm de peau saine (environ) autour de la zone à traiter. La durée du traitement varie d'un patient à l'autre en fonction de l'agent étiologique et de l'infection.

En général, on recommande quatre semaines de traitement afin d'assurer une guérison microbiologique complète et d'éviter ainsi toute récidive, cette guérison clinico-microbiologique se faisant entre deux et quatre semaines de traitement.

Pityriasis versicolor : 2 semaines

Dermatophytose : 2 à 4 semaines

Candidose : 2 à 4 semaines

Formes et autres présentations :

Dermofix® crème 2% tube de 30 g

Dermofix® poudre flacon de 30 g

Dermofix® Solution 2% flacon de 30 ml

Dermofix® Gel 2% flacon de 50 g

Dermofix® Gel 2% flacon de 100 g

Gyno-dermofix® 300 mg boîte de 1 ovule.

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L FERRER INTERNATIONAL

87,30



Dermofix® crème
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240259