

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Educations :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0049198

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4887 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 44053  
Nom & Prénom : KIRI AMINA  
Date de naissance : 31-01-58  
Adresse : Habituée CHERAM  
Tél. : 06 66 93 95 26 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oujda  
Tél: 05 22 91 07 62 - 05 04 72 33 14  
INPE: 91170670  
Date de consultation : 21/07/2020  
Nom et prénom du malade : KIRI AMINA Age: 62  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ALD  
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 : Casablanca Le : 21 / 07 / 2020  
Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

1/2/2020 CAS  
Rue 2, N°61 - 1er Etage BP Chindia - El  
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Lamris</b> صيد لمرس Dr : MAHHOUTI Aouatf د : محوتي عواطف Lot Dalia Lamris Fix : 06 36 82 91 15 - Aghbal	21/02/20	207.70

INPE: 082099136

[illegible][illegible][illegible]

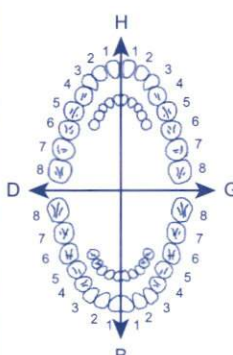
*(continued)*

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

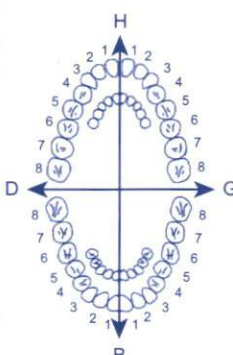
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES										
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>									
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000                 </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">                     21433552                      00000000                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>D</b> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>G</b> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">                     00000000                      35533411                 </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">                     00000000                      11433553                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>B</b> </td> </tr> </table>		<b>H</b> 25533412 00000000	21433552 00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>B</b>	
	<b>H</b> 25533412 00000000	21433552 00000000								
	<b>D</b>	<b>G</b>								
	00000000 35533411	00000000 11433553								
	<b>B</b>									
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
	DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>									
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

21/07/2020

Casablanca, le : .....

KTIRI Amina

11'4. 7-23 = 464. 10  
(SV)

**ARTEMON 5/5**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

87.3-2

**DERMOFIX**

174.6-0

69.0-0

1 application, matin et soir

**FLATULEX**

1 gelule par jour

7-7.7-7

الدكتور مهدي بنجلون  
Dr. Mehdi BENJELLOUN  
Généraliste - Cardiologue - EL Oulfa  
21/07/2020 - 15h00

**Pharmacie Lamris**

صيدلية لمريس

Dr : MAHHOUTI Aouatif

د : محوتي عواطف

Lot Dalia Lamris

Fix : 05 36 62 91 15 - Aghbal

إذا لاحظت ظهور أي كتليرات جارية لم يرد ذكرها في هذه النشرة، فالرجاء إبلاغ طبيبك أو

**ARTEMON® 5 mg 5 mg**

LOTN°:

EXP:

PPV:

**10 mg 5 mg**30 comprimés  
arginine/Amlodipine**ARTEMON® 5 mg 10 mg**Boîte de 30 comprimés  
Péridopril arginine/Amlodipine**ARTEMON® 10 mg 10 mg**Boîte de 30 comprimés  
Péridopril arginine/Amlodipine

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 toute autre question, 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 pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous remarquez 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.

#### Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que ARTEMON® et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ARTEMON® ?
3. Comment prendre ARTEMON® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ARTEMON® ?
6. Informations supplémentaires

#### 1. QU'EST-CE QUE ARTEMON® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

**Classe pharmacothérapeutique :** Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et inhibiteurs calciques.

##### Indications thérapeutiques

ARTEMON® est indiqué dans le traitement de l'hypertension artérielle et/ou dans le traitement de la maladie coronarienne stable (une maladie où l'alimentation du cœur en sang est réduite ou bloquée).

Les patients qui prennent déjà séparément des comprimés de péridopril et d'amlodipine peuvent à la place recevoir un comprimé d'ARTEMON® qui contient les deux principes actifs.

ARTEMON® est une association de deux principes actifs, péridopril et amlodipine. Péridopril est un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC). Amlodipine est un antagoniste calcique (qui appartient à la classe des dihydropyridines). Ceux-ci agissent en dilatat et en décontractant les vaisseaux sanguins, facilitant ainsi le travail du cœur pour expulser le sang dans les vaisseaux.

#### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ARTEMON® ?

##### Ne prenez jamais ARTEMON® dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique (hypersensible) au péridopril ou à tout autre inhibiteur de l'enzyme de conversion ou à l'amlodipine ou aux autres inhibiteurs calciques, ou à l'un des autres composants de ARTEMON®,
- si vous êtes enceinte depuis plus de 3 mois (il est également préférable d'éviter de prendre ARTEMON®, en début de grossesse, voir rubriques Grossesse et Allaitement),
- si vous avez déjà eu des symptômes tels que des sifflements respiratoires, un gonflement de la face ou de la langue, des démangeaisons intenses ou des éruptions cutanées sévères lors d'un traitement antérieur par IEC ou si un membre de votre famille a déjà eu ces symptômes quelles qu'en soient les circonstances (état appelé angio-œdème),
- si vous avez du diabète ou une insuffisance rénale et que vous êtes traité(e) par un médicament contenant de l'insuline pour diminuer votre pression artérielle,
- si vous avez un rétrécissement de la valve aortique (sténose aortique) ou un choc cardiogénique (une affection dans laquelle votre cœur est incapable de fournir assez de sang à l'organisme),
- si vous avez une pression artérielle très basse (hypotension),
- si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque après une crise cardiaque.

##### Faites attention avec ARTEMON® :

- Si vous êtes dans les cas suivants, prévenez votre médecin avant de prendre ARTEMON® :
  - cardiomyopathie hypertrophique (maladie du muscle cardiaque) ou sténose de l'artère rénale (rétrécissement de l'artère menant le sang au rein),
  - insuffisance cardiaque,
  - augmentation sévère de la pression artérielle (crise hypertensive),

de tête, vous ne devez pas conduire de véhicules ni utiliser de machines et contactez votre médecin immédiatement.

#### Liste des excipients à effet notoire

ARTEMON® contient du lactose monohydraté (un type de sucre). Si votre médecin vous a informé que vous présentez une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

#### 3. COMMENT PRENDRE ARTEMON® ?

**Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement**

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Avalez votre comprimé avec un verre d'eau, de préférence au même moment de la journée, le matin, avant le repas. Votre médecin décidera de la posologie adaptée pour vous. La dose habituelle est de 1 comprimé par jour.

ARTEMON® sera généralement prescrit chez les patients prenant déjà séparément des comprimés de péridopril et d'amlodipine.

#### Symptômes et instructions en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de ARTEMON® que vous n'auriez dû : Si vous avez pris trop de comprimés, contactez immédiatement le service d'urgence de l'hôpital le plus proche ou votre médecin. L'événement le plus probable, en cas de surdosage, est l'hypotension associée à des vertiges ou à des étourdissements. Si cela se produit, elle peut être combattue en allongeant le patient, jambes relevées.

#### Instructions en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses

Si vous oubliez de prendre ARTEMON® : Il est important de prendre votre médicament chaque jour car un traitement régulier est plus efficace. Cependant, si vous avez oublié de prendre ARTEMON®, ne prenez simplement votre traitement le jour suivant comme d'habitude. Ne prenez pas une double dose pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

#### Risque de syndrome de sevrage

Si vous arrêtez de prendre ARTEMON® : Le traitement avec ARTEMON® étant généralement un traitement de longue durée, vous devez demander conseil à votre médecin avant de l'interrompre.

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 ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ARTEMON® est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Si vous remarquez l'un des effets indésirables suivants, arrêtez immédiatement de prendre ce médicament et contactez tout de suite votre médecin :

- respiration sifflante, toux, douleur thoracique, essoufflement ou difficulté respiratoire,
- gonflement des paupières, du visage ou des lèvres,
- gonflement de la langue et de la gorge, entraînant de grandes difficultés respiratoires,
- réactions cutanées sévères, notamment éruption cutanée intense, urticaire, rougeur de la peau sur l'ensemble du corps, démangeaisons sévères, apparition de vésicules, desquamation et gonflement de la peau, inflammation des muqueuses (syndrome de Stevens-Johnson) ou autres réactions allergiques.

ارتفاع شديد في ضغط الدم (توبة فرط الضغط)،  
إن كنت تشكو من أي خلل قلبي آخر.  
إن كنت تشكو من خلل في الكبد.  
إن كنت تشكو من خلل في الكلىين أو إن كنت خاضعاً لتناول الدم.  
إن كنت تشكو من داء السكري أو داء الكلى أو داء القلب.  
مما يحتمل أن يتسبب جلدي.

# DERMOFIX® Crème

## Sertaconazole

87,30

Excipients (dont 2270 Acide sorbique) .....2 g  
.....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 orbiculaires*)
- dermatophytes (*trichophyton*, *Epidermophyton* et *Microsporum*)
- champignons opportunistes filamenteux (*Aspergillus*)
- germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- bactéries gram<sup>+</sup> (*Staphylocoques* et *Streptocoques*)

### Indications thérapeutiques :

Traitement topique des mycoses superficielles de la peau telles que dermatophytoses : Tinea pedis (pied d'athlète), Tinea cruris (Eczéma marginé de Hebra), Tinea corporis (Herpès circiné), Tinea barbae (Sycosis), et Tinea manus, Candidoses (Miniliose) et Pityriasis versicolore (*Pityrosporum orbiculare*).

### Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de réaction de photosensibilité n'a été relevé. Seul un érythème léger peut survenir lors des premières applications n'entraînant jamais la suspension du traitement.

### Conditions particulières d'emploi :

Dermofix ne convient pas à l'usage ophtalmique.

Après l'application dermique de grandes quantités, on ne détecte pas de niveaux plasmatiques. Malgré cela, 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), doucement et 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 la localisation de l'infection.

En général, on recommande quatre semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et microbiologique complète et d'éviter ainsi toute récurrence, cette guérison clinico-microbiologique peut apparaître 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



# DERMOFIX® Crème

## Sertaconazole

87,30

Excipients (dont 22,70 g d'Acide sorbique) .....2 g  
.....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 orbiculaires*)
- dermatophytes (*Trichophyton*, *Epidermophyton* et *Microsporum*)
- champignons opportunistes filamenteux (*Aspergillus*)
- germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- bactéries gram<sup>+</sup> (*Staphylocoques* et *Streptocoques*)

### Indications thérapeutiques :

Traitement topique des mycoses superficielles de la peau telles que dermatophytoses : *Tinea pedis* (pied d'athlète), *Tinea cruris* (Eczéma marginé de Hebra), *Tinea corporis* (Herpès circiné), *Tinea barbae* (Sycosis), et *Tinea manus*, Candidoses (Munichose) et *Pityriasis versicolore* (*Pityrosporum orbiculare*).

### Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de réaction de photosensibilité n'a été relevé. Seul un érythème léger peut survenir lors des premières applications n'entraînant jamais la suspension du traitement.

### Conditions particulières d'emploi :

Dermofix ne convient pas à l'usage ophtalmique.

Après l'application dermique de grandes quantités, on ne détecte pas de niveaux plasmatiques. Malgré cela, 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), doucement et 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 la localisation de l'infection.

En général, on recommande quatre semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et microbiologique complète et d'éviter ainsi toute récurrence, cette guérison clinico-microbiologique peut apparaître 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

