

# 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.

## 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 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](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)



52055

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016352

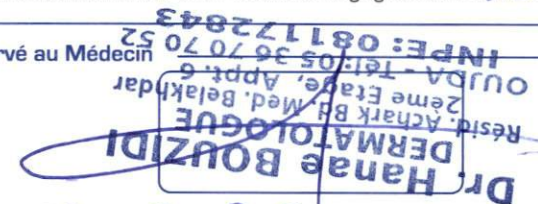
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : SAADI KHATA Date de naissance : 1956  
Adresse : 50 Lot. KHAFAOU  
Tél. : 06 67 12 82 86 Total des frais engagés : 389,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/12/2020  
Nom et prénom du malade : SAADI KHATA Age : 64  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Dermatologique  
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 : Oujda Le : 01/12/2020  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

**MUPRAS**  
**ACCUEIL**



# 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
01/12/2020	C.S.		200,00 Dtl	Dr. Hanae BOUZIDI Dermatologue Résid. Achark Bd. Med. Belkaid 2ème Etage, App. 6 Tél: 70 53 02 70 52

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENQACHOUR Dr. Latifa BENQACHOUR Bd. Sidi Yahya N°12 Tél: 70 53 02 OUJDA	04/12/2020	189,70

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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 G 00000000 00000000 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'EXECUTION

# Dr Hanae Bouzidi

Spécialiste en Dermatologie Médicale, Chirurgicale,  
Esthétique et Lasers

- Diplômée en Dermatologie Pédiatrique (Nice)
- Dermatologie Esthétique et Lasers (Lille)
- Manifestations dermatologiques des maladies  
du système (Montpellier)



## الدكتورة هناء بوزيدي

اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد والشعر والأظافر

- دبلوم العلاج بالليزر و الطب التجميلي (جامعة ليل)

- الأمراض الجلدية للأطفال (جامعة نيس)

- الأعراض الجلدية للأمراض الباطنية (جامعة مونتبولي)

Oujda, le .....

01/12/2020

SLAOUI KHNATA

99,70 • Labixten 20 mg - comprimé  
1 Comprimé /j 15j

• Excipial Pruri Lotion  
1 app/j sur le corps

• Dermofix 2% - crème  
1 app /j large 1 mois matin et soir pour les plis

90,00 • Mycoflu 150 mg - gélule  
1 Gélule/sem, 2 sem

• contrôle 1 mois

189,70

Dr. Hanae BOUZIDI  
DERMATOLOGUE  
Résid. Achark Bd. Med. Belakhdar  
2ème étage, Appt. 6  
OUJDA - Tél: 05 36 70 70 52  
INPE: 081172843

Pharmacie BENACHOUR  
Dr. Latifa BENACHOUR  
Bd. Sidi Yahya N°12  
Tél: 70 53 02 OUIDA





## NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATEUR

### LABIXTEN® 20 mg comprimés

#### DCI: bilastine

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

Le médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si un effet indésirable non mentionné dans cette notice vous concerne, contactez votre pharmacien. Voir rubrique 4.

#### Sommaire notice :

1. Qu'est ce que LABIXTEN® 20 mg c.
2. Quelles sont les informations à connaître mg comprimés ?
3. Comment prendre LABIXTEN® 20 mg
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LABIXTEN® 20 mg comprimés ?
6. Informations supplémentaires.

#### 1. Qu'est ce que LABIXTEN® 20 mg COMPRIMÉS ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

LABIXTEN® 20 mg comprimés contient de la bilastine qui est un antihistaminique. LABIXTEN® 20 mg comprimés est indiqué pour soulager les symptômes de la rhino-conjonctivite allergique (éternuement, démangeaison nasale, écoulement nasal, congestion nasale ainsi que rougeur et larmoiement oculaires) et autres symptômes d'origine allergique.

LABIXTEN® 20 mg comprimés peut également être utilisé pour traiter les éruptions cutanées accompagnées de démangeaisons (urticaire).

#### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE LABIXTEN® 20 MG COMPRIMÉS :

• **Ne prenez jamais LABIXTEN® 20 mg comprimés :**

• Si vous êtes allergique (hypersensible) à la bilastine ou à l'un des autres composants du LABIXTEN® 20 mg comprimés.

• **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :**

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre LABIXTEN® 20 mg si vous avez une insuffisance rénale modérée à sévère ou si vous prenez d'autres médicaments (voir « Autres médicaments et LABIXTEN® 20 mg comprimés »).

Ne pas dépasser la dose prescrite. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

#### Enfants et adolescents :

Ce médicament ne doit pas être administré aux enfants de moins de 12 ans.

• **Autres médicaments et LABIXTEN® 20 mg comprimé :**

Veillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

En particulier, veuillez informer votre médecin si vous prenez l'un des médicaments suivants pouvant interagir avec LABIXTEN® 20 mg comprimés : Kétoconazole (antifongique utilisé pour le traitement des mycoses).

que vous n'auriez dû, contactez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

• **Si vous avez oublié de prendre LABIXTEN® 20 mg comprimés :**

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Si vous oubliez de prendre votre dose à l'heure prévue, prenez la dose oubliée dès que possible, puis continuez selon le rythme habituel.

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

#### 4. Quels sont les ÉVENTUELS effets indésirables ?

comme tous les médicaments, LABIXTEN® 20 mg comprimés est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien qu'ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Les effets indésirables sont :

**Fréquents :** peuvent concerner plus de 1 personne sur 10.

- Maux de tête.
- somnolence

**Peu fréquents :** peuvent concerner plus de 1 personne sur 100 à 1000 utilisateurs sur 1000.

- Anomalie de l'électrocardiogramme (ECG : enregistrement graphique des battements du cœur).

- Modification du bilan sanguin hépatique.

- Sensations vertigineuses.

- Douleur au niveau de l'estomac.

- Sensation de fatigue.

- Augmentation de l'appétit.

- Battements cardiaques irréguliers.

- Prise de poids.

- Nausées.

- Anxiété.

- Sécheresse ou inconfort nasal.

- Douleur abdominale (au niveau du ventre).

- Diarrhées.

- Gastrite (inflammation de la paroi de l'estomac).

- Vertiges.

- Sensation de faiblesse générale.

- Soif.

- Dyspnée (difficulté à respirer).

- Sécheresse buccale.

- Indigestion.

- Démangeaisons.

- Herpès labial.

- Fièvre.

- Acouphènes (bourdonnements dans les oreilles).

- Trouble du sommeil.

- Modification du bilan sanguin rénal.

- Augmentation des taux de lipides (graisses) mesurés dans le sang.

**Fréquence inconnue :** la fréquence de survenue ne peut être estimée sur la base des données disponibles.

- Palpitations (perception des battements du cœur).

- Tachycardie (accélération des battements du cœur).

- Des réactions allergiques dont les signes peuvent comporter une difficulté à

**MYCOFLU® 50 & 150mg**

Fluconazole

**COMPOSITION**

Chaque gélule contient :

**MYCOFLU 50 mg** : Fluconazole (DCI) ..... 50 mg**MYCOFLU 150 mg** : Fluconazole (DCI) ..... 150 mg

Ex : Amidon de maïs ; Silice colloïdale ; Talc ; Laurylsulfate de sodium.

E : Lactose

**INDICATIONS**

Boîte de 3 gélules et boîte de 7 gélules.

Boîte de 1 gélule, boîte de 4 gélules et boîte de 7 gélules.

Fongique, il s'oppose à la prolifération des champignons

**INDICATIONS CLINIQUES****MYCOFLU 150mg est indiqué dans le traitement :**

· des candidoses vaginales et périnéales aiguës et récidivantes

**MYCOFLU 50mg est indiqué dans le traitement :****Chez l'adulte :**

· des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison

d'une affection maligne, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),

· des candidoses buccales atrophiques.

**Chez l'enfant :**

· Traitement des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.

· Traitement des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires.

· Traitement des cryptococcoses neuro-méningées; le traitement d'entretien au cours du SIDA doit être poursuivi indéfiniment

**CONTRE-INDICATIONS**

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

en cas d'allergie connue au fluconazole et aux substances apparentées (azolés)

· chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison de la forme pharmaceutique

· pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical

**EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.****MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI**

Ce médicament doit être pris avec précaution dans les cas suivants :

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception est indispensable.

**Mises en garde spéciales**

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter un médecin.

Si vous avez préalablement présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter un médecin le plus rapidement possible.