

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
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**



53639

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016361

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : SLADOU KHATA Date de naissance : 1976
Adresse : 50 BORDJ BOULEVARD
Tél. : 0662128206 Total des frais engagés : 336,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02/12/2020
Nom et prénom du malade : ISLADOU KHATA Age : 54
Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Arterio-sclérose
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 : 02 / 12 / 2020
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENQACHOUR Dr. Latifa BENQACHOUR Bd. Sidi Yahya N°14 Tél: 7755 02 OUJDA	02/11/2020	336,30-

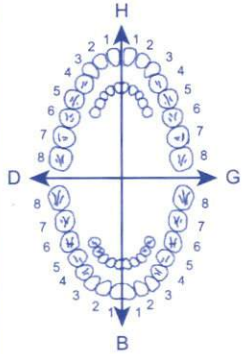
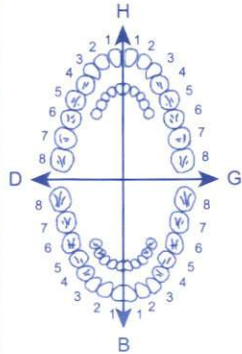
[illegible][illegible]

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">25533412</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr. Abdelmalek GHOMARI

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)

Ancien Attaché à la Clinique
Dermatologique du C.H.U. de Montpellier

Spécialiste des Maladies de
la Peau du Cuir chevelu - Maladies
sexuellement transmissibles - Varices

Maladies Allergiques

- Photorajeunissement

- Laser Esthétique

الدكتور عبد المالك غماري

خريج كلية الطب بـمونتبيلي

(فرنسا)

اختصاصي في الأمراض الجلدية - الشعر

الأمراض التناسلية - أمراض العروق

وأمراض الحساسية

Oujda, le 02 / 11 / 2020 وجدة، في

SCAOUI Khmata

87,30

- Dermofix crème

le soir → 3 mois.

72,50

- Différine crème

le matin → 3 mois

50,00

- Folifen

1 gélule 1/ → 15 j.

78,00

- Meli-Mag B6

1 gélule 2/j

48,50

- Cotipred 20mg



Pharmacie BENQACHOUR
Dr. Latifa BENQACHOUR
Bd. Sidi Yahya N°12
Tél: 70 53 02 OUJDA

Docteur Abdelmalek GHOMARI
Dermatologue - Vénérologue - Allergologue
Médecine Esthétique - LASER
André EL ALAÏ Ben Abdellah et Ibn Khaldoun
Oujda

زاوية شارع علال بن عبد الله وابن خلدون، إقامة أريان - وجدة. الهاتف: 05 36 70 09 00

Angle Bd Allal Ben Abdellah et Ibn Khaldoun. Résid. Arayane - OUJDA

Tel: 05 36 70 09 00 - GSM: 06 61 26 17 26 - E-mail: ghomari.malek@gmail.com

MELI MAG[®] B6

Magnésium marin, extrait de mélisse et vitamine B6

FORME ET PRESENTATION

Gélule, r

COMP

Magnés

mélisse

Capsule végétale en HPMC hyproméllose.

MELIMAG B6

P.P.C : 7804

Ut av: 07/23 Lot: MM22

BIOXPRT

de Magnésium élément), Extrait sec de

de Magnésium, stéarate de Magnésium, Amidon de Mais,

PROPRIETES :

- * Aide à réduire les états de Stress, de Nerveusité et de Fatigue.
- * Favorise la Détente, la Relaxation et la bonne qualité du Sommeil.

CONSEILS D'UTILISATION :

2 gélules par jour avec un grand verre d'eau.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Femmes enceintes ou allaitantes, demandez conseil à votre médecin.
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée
- Ne pas laisser à la portée des enfants
- A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur

Fabriqué par les Laboratoires Bioxpert Maroc.

Promotion Médicale Bioxpert Pro Maroc.

Complément alimentaire n'est pas un médicament.

Autorisation du ministère de la santé n° : DA20161412317DMP/20UCA/MAv2

Autorisation sanitaire ONSSA n° : EPSCP.9.12.14

FOLIFER®

sulfate ferreux + acide folique

DENOMINATION, FORME ET COMPOSITION

FOLIFER®, boîte de 28 gélules à libération prolongée :

Sulfate ferreux	150 mg
Acide folique	500 µg
Excipient	1 gélule.
Chaque gélule	contient 150 mg en sulfate ferreux et 500 µg en acide folique et 14 mg d'acide folique.

LOT: 18031 PER: 10/01/00
PPV: 50.00 DH

CLASSEMENT

Préparé par Laboratoires Steripharm
Z.I LINA, n° 347 - Sidi Maarouf -
Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable

INDICATIONS

Traitement préventif des carences en fer et en acide folique pendant la grossesse.

Traitement des anémies hyposidérémiques.

Traitement des anémies macrocytaire par carence en acide folique.

CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité aux principes actifs ou autres composants avec une surcharge martiale.

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

Mise en garde

Administration prudente aux patients qui peuvent développer une surcharge martiale à savoir, ceux atteints d'hémochromatose, d'anémie hémolytique ou d'aplasie érythroblastique.

L'absence de réponse au traitement peut indiquer d'autres causes d'anémie et doit faire l'objet d'examen plus approfondis.

L'association acide folique + fer n'est pas justifiée pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse en l'absence de carence en l'un de ces éléments.

Cotipred® 20 mg

Prednisolone

COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme métasulfobenzoylate sodique) exprimé en base 20 mg

Excipient q.s.p. 1 comprimé.

Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés **solubles effervescents** avec barre de cassure.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament

Il est indiqué

CONTRE :

Ce médicament

- la plupart

varicelle, z

- allergie à

Ce médicament

médicament,

cardiaque

EN CAS D

DE VOTRE

MISES EN

PPV: 48DH50

PER: 09-22

LOT: I2155

b

BOITUS
50, Allée des Coudrains - 41100 Sully-sur-Loire
S. Bachou - Pharmacien Responsable

est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

SE dans les cas suivants :

ladies virales en évolution (hépatites virales, herpès,

ux non traités, - vaccination par des vaccins vivants,

IT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre

ments pouvant donner certains troubles du rythme

et autres interactions)

E DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU

ECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bédridil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

GROSSESSE : Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

ALLAITEMENT : L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

DERMOFIX® Crème

Sertaconazole

Composition :

Sertaconazole nitrate	2 g
Excipients (dont E218 & Acide sorbique)	100 g

Pr : due à usage topique. Son spectre d'activité s'avère très large :
- le : C. tropicalis, C. spp., Pityrosporum orbiculaires)
- d : mycophyton et Microsporum)
- C : ix (Aspergillus)
- C : psiques
- m : streptocoques)

In : ficielles de la peau telles que dermatophytoses : Tinea pedis (pied
T : é de Hebra), Tinea corporis (Herpès circiné), Tinea barbae (Sycosis),
d : miliose) et Pityriasis versicolore (Pityrosporum orbiculare).
e :

El : uité totale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de
Le : vé. Seul un érythème léger peut survenir lors des premières applications
réa : traitement.
n'é :

Conda : oi :
Dermofix : age 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