

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.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Nº P19-0045088

NR 20991

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1619

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABBARATE

M. Lound

Date de naissance : 1979

Adresse : TIZIEN

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABBARATE M. Lound Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : myosse

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 : / /

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
21 DEC 2018	C	1	1000	ALHIFI JUSSINI Médecin Généraliste Bloc 5 N° 16 Sidi Bernoussi Casablanca. Tel: 06 22 73 50 6.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SEFROUI KHAYATEY Délégué en Pharmacie 11. 413 AV. Souâma S. Bernoussi Casablanca Tél 022 78 32 56	21/12/2018	816,30

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'Oral.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
<img alt				

LUI 0MKUBA
PER: 04/2023

Lasilix 40mg

20 Cp séc

P.P.V: 34DH60

6 1180000660468

O

PIAG 33,40

LOT N°:

EXP:

P.P.V:

116,60

DERMOFIX® Poudre

Sertaconazole

COMPOSITION :

Sertaconazole nitrate	2 g
Excipients q.s.p.	100 g

PROPRIETES :

Le Sertaconazole est un nouvel anti-mycosique à usage topique possédant une nouvelle structure chimique. Son spectre d'activité s'avère très large :

- Les levures pathogènes (*Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. spp.*, *Pitrosporum orbiculaires*)
- Les dermatophytes (*Trichophyton*, *Epidermophyton* et *Microsporum*)
- Les champignons opportunistes filamentueux (*Aspergillus*)
- Les germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- Les bactéries gram+ (*Staphylococcus* et *Streptococcus*)

INDICATIONS :

Traitements topiques des infections cutanées et unguérales dues aux *Candida* et dermatophytes, avec exsudation et plus particulièrement l'intertrigo.

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 4 semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et microbiologique complète et d'éviter ainsi toute récidive, sachant que souvent cette guérison apparaît après 2 à 4 semaines de traitement.

EFFETS INDESIRABLES :

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 PARTICULIERES D'EMPLOI :

Après application de grandes quantités chez le nouveau né et chez la de niveaux plasmatiques. Malgré cela, son innocuité n'a pas été démontrée.

POSOLOGIE USUELLE, VOIES ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie topique.

Mycoses des plis : 1 application par jour

Pieds d'athlète : 1 application par jour

Il est conseillé d'appliquer la poudre non seulement au niveau des lésions mais aussi sur les chaussures.

FORMES ET AUTRES PRESENTATIONS :

Dermofix® Poudre : Flacon de 30 g.

Dermofix® Crème à 2% : Tube de 30 g.

Dermofix® Solution à 2% : Flacon de 30 ml.

Dermofix® Gel à 2% : Flacon de 100 g.

Gyno-dermofix® 300 mg boîte de 1 ovule.

Liste I (Tableau A).

TEGUMA® 1%, solution pour pulvérisation cutanée en flacon de 30 ml.

Terbinafine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourrez 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. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même si cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s) par unité de prise :

Chlorhydrate de Terbinafine 1.00 g

- Composition qualitative en excipients :

Excipients : Alcool isopropylique, cétonacrogol 1000, propylène glycol, eau purifiée q.s.

- Liste des Excipients à effet notable :

• Propylène glycol

2. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

Sans objet.

3. Indications thérapeutiques

TEGUMA® 1 % solution pour pulvérisation cutanée est un antifongique à appliquer sur la peau. Il élimine les champignons responsables des mycoses de la peau.

TEGUMA® 1 % solution est indiquée pour traiter les mycoses suivantes :

• pied d'athlète (intertrigo interdigito-plantaire)

• intertrigo génito-crural (linéa cruris)

• dermatophytie de la peau glabre (linéa corporis)

• pityriasis versicolor

4. Posologie

Veuillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de cette notice ou de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou de votre pharmacien en cas de doute. La dose recommandée est de 1 ou 2 applications par jour pendant une semaine comme indiqué ci-dessous.

Mode et voies d'administration :

Adulte :

• Nettoyez et séchez la zone concernée et lavez-vous les mains

• Retirez le bouchon du flacon

• Avant la première utilisation, appuyez plusieurs fois sur le diffuseur (généralement 3 fois) afin d'anorcer la pompe.

• Appliquer une quantité suffisante de produit afin que toute la peau lésée et la zone périphérique soient recouvertes et traitées. Le flacon TEGUMA® 1 % solution pour pulvérisation cutanée peut être utilisé "tête en haut" ou "tête en bas" pour atteindre les zones à traiter plus facilement.

• Replacer le bouchon du flacon

• Lavez-vous les mains après utilisation afin d'éviter la propagation de l'infection à d'autres parties de votre peau ou à d'autres personnes.

Durée du traitement & fréquence d'administration :

Une à deux applications par jour pendant une semaine selon le champignon en cause selon la description de votre médecin :

• Pied d'athlète : application par jour pendant une semaine.

• Intertrigo génito-crural ou dermatophytie de la peau glabre : 1 application par jour pendant une semaine.

• Pityriasis versicolor : 2 applications par jour pendant une semaine.

Dans tous les cas, se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin. Votre peau devrait commencer à s'améliorer en quelques jours, mais cela peut prendre jusqu'à 4 semaines pour que votre peau se régénère complètement.

Si vous n'avez observé aucun signe d'amélioration après 2 semaines de traitement avec TEGUMA® 1 % solution, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Measures complémentaires

• Nettoyez régulièrement la zone atteinte. Séchez la zone soigneusement sans froter possibles démangeaisons, essayez de ne pas vous gratter car cela risquerait de causer des autres composants contenus dans ce médicament.

• Utilisez votre propre serviette et vos propres vêtements et ne les partagez pas avec d'autres personnes.

• Utilisez vos vêtements et serviettes fréquemment et nettoyez régulièrement la zone atteinte. Séchez la zone soigneusement sans froter possibles démangeaisons, essayez de ne pas vous gratter car cela risquerait de causer des autres composants contenus dans ce médicament.

5. Contre-indications

• N'utilisez jamais TEGUMA® 1 % solution pour pulvérisation cutanée :

• si vous êtes allergique à la terbinafine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

• En cas de doute il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou votre pharmacien.

6. Effets indésirables

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables. Certains personnes peuvent être allergiques à TEGUMA® 1 % solution, ce qui peut entraîner des réactions cutanées ou une urticaire. Ces réactions ont été rapportées avec une

utilisation des données disponibles).

Si vous présentez des symptômes, cessez d'utiliser la solution et informez immédiatement votre pharmacien.

PPMCT 4680407
PPMCT 705-2009
PPV : 70,00 DH

GO-TANZAA R[®]

Losartan potassium/Hydrochlorothiazide

neuroleptiques, le clzapride, l'erythromycine IV...): prédisposition aux torsades de pointe (tachycardie ventriculaire).
- Sel(s) de calcium : augmentation du taux de calcium dans le sang en raison de la diminution de son excretion urinaire.

- Interaction avec les tests de laboratoire : risque d'influence du diurétique sur les tests de la fonction parathyroïdienne.
- Carbamazépine : risque de diminution du taux de sodium sanguin.
- Produits de contrast iodés à hautes doses : risque accru d'insuffisance rénale aigüe.
- Amphotéricine B (voie parentérale), corticoïdes, ACTH ou laxatifs stimulants : majoration des deséquilibres voleur pharmacien.

- Afin d'éviter d'éventuelles interactions avec d'autres médicaments, il est recommandé de faire de l'électrolytiques, en particulier la baisse du taux de potassium dans le sang, lorsque le taux de glucose dans le sang est élevé.

d) GROSSESE ET ALLAITEMENT

CO-TANZAA R[®] est déconseillé pendant l'allaitement.
Allaitement :
CO-TANZAA R[®] est déconseillé en début de grossesse de 3 mois.

CO-TANZAA R[®] est déconseillé pendant l'allaitement.
DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU MEDICAMENT
e) CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACH

501168 b

LOT :

EXP :

PPV :

116,60

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à ce médicament vous a été prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

Par contre, si vous avez des symptômes importants sur votre traitement.

g) IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION
CO-TANZAA R[®]
b) COMPOSITIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES
CO-TANZAA R[®] 50 mg / 12.5 mg:
Hydrochlorothiazide (DCI) 12.5 mg
Losartan (DCI) potassium 50.0 mg
CO-TANZAA R[®] 100 mg / 25 mg:
Hydrochlorothiazide (DCI) 25.0 mg
Losartan (DCI) potassium 100.0 mg
c) EXCIPIENTS (GOMMUS): Cellulose microcristalline PH112, amidon pregelatinisé, lactose anhydre, aerosil 200.

d) LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNASSANCE
ou une somnolence, en particulier en début de traitement.

Excipients (Gommus): Cellulose microcristalline PH112, amidon pregelatinisé, lactose anhydre, aerosil 200.