

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N.D. N° W19-502845
76480

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1925	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUDCHAR M'HAMED			
Date de naissance : 17.7.1955			
Adresse : 32 Bd 11 JANVIER ANFA 10400 MEDINA			
Tél. : 0661192394 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. I. MORTAJI Médecin DERMATOLOGIE - Maroc 67 Bd Abdelkrim AL KHATTABI Tél 05 23 32 06 58 Mohammed </div>			
Date de consultation : 11/06/2021			
Nom et prénom du malade : BOUDCHAR M'HAMED Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hypertonie tensionnelle, Erythroséz			
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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

300/-	INR : 091099961
-------	-----------------

DR. J. MORTA
 91-1099961
 23/06/2015
 charanmedia

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL AHL Dr. KHALID ZIoud 394 Bld El Bourka - El Jadida - Maroc Tél: 05 22 22 37 56	10/6/2021	238,72

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

BELÈVE 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	D	G	
	25533412	21433552		
	30000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B		G	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR LMORTAJI MOHA

DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE
SPECIALISE MALADIES DE LA PEAU
DES CHEVEUX ET DES ONGLES
MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
CHIRURGIE DE LA PEAU
ALLERGIE DE LA PEAU
TRAITEMENT DES RIDES
BOTOX ACIDE HYALURONIQUE



الدكتور المرتجي موهى

اختصاصي في أمراض الجلد
الشعر و الظفر
الأمراض التناسلية
جراحة الجلد
حساسية الجلد
علاج التجاعيد
بوتوكس

Mohammedia, le:

11/06/2021

84,90

M. M'hamed BOUDCHAR

1) KETODERM 2 % Gel en sachet 8Sach/6g

1 boite

Utiliser le contenu de 3 à 4 sachets pour une application unique de 5 minutes

87,30

2) DERMOFIX CREME

1 boite

Faire 1 application le soir, pendant 3 semaines

67,20

3) ERYFLUID Lot FI/100ml

1 boite

Tamponner les boutons le matin et le soir

238,70

Dr. LMORTAJI Moha
Dermatologue - MDT
67 Bd Abdelkrim Al Khattabi
Tél: 05 23 70 06 38
Mohammedia

PHARMACIE EL AHL

Dr. KHALID ZIOUD
394 Bd El Mourida El Alia Mohammedia
Tél.: 05 23 77 77 56

ERYFLUID®

Erythromycine base

Lotion

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. N'importe quel autre médicament n'est pas nécessairement identique.
- Si l'un de ces symptômes devient grave ou indésirable non mentionné, parlez-en à votre pharmacien.

ERYFLUID 4%
LOTION FL 100 mL

P.P.V : 670H20



11800000010630
jamais à quelqu'un
d'autre, même à quelqu'un
identique

symptômes
être nocif.

devient grave ou
indésirable non
mentionné, parlez-en à votre
pharmacien.

1. QU'EST CE QUE ERYFLUID, lotion ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
LOT : 20E009
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER ERYFLUID, lotion ?
PER : 11/2022
3. COMMENT UTILISER ERYFLUID, lotion ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER ERYFLUID, lotion ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE ERYFLUID, lotion ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

ERYFLUID est un antibiotique à usage local qui détruit certaines bactéries présentes sur la peau.

Il est utilisé pour traiter l'acné.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER ERYFLUID, lotion ?

N'utilisez jamais ERYFLUID :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à l'érythromycine ou à l'un des autres composants contenus dans ERYFLUID (voir la rubrique 6. Informations supplémentaires),

• si vous êtes allergique (hypersensible) à l'érythromycine ou à un antibiotique de la même famille (les macrolides).

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Ne pas avaler.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Ce médicament contient de l'alcool. Vous devez donc éviter tout contact avec les muqueuses (exemple l'intérieur du nez) et les zones fragiles telles que le cou, le pourtour des yeux...

Prise d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Informations importantes concernant certains composants d'ERYFLUID :

ERYFLUID contient un composant qui s'appelle propylène glycol. Ce composant peut provoquer une irritation de la peau.

3. COMMENT UTILISER ERYFLUID, lotion ?

Posologie

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

Avant d'appliquer Eryfluid, vous devez d'abord effectuer un nettoyage de la peau.

La fréquence d'administration habituelle est de 1 à 2 applications par jour.

Durée du traitement

En moyenne, le traitement dure 1 à 3 mois, jusqu'à amélioration.

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 EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, Eryfluid est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien qu'en tout le monde n'y soit pas sujet.

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 orbiculaires*)
- dermatopigions (trichophyton, *Epidemophyton* et *Microsporum*)
- champignons opportunistes filamentueux (*Aspergillus*)
- germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- bactéries gram+ (Staphylocoques et Streptocoques)

Indications thérapeutiques :

Traitements topiques des mycoses superficielles de la peau telles d'athlète), Tinea cruris (Eczéma marginé de Hebra), Tinea corporis et Tinea manus, Candidoses (Minillose) et Pityriasis versicolor.

Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une réaction de photosensibilité n'a été relevé. Seul un érythème n'entrant jamais la suspension du traitement.

Conditions particulières d'emploi :

Dermofix ne convient pas à l'usage ophtalmique.

Après l'application dermique de grandes quantités, son innocuité n'a pas été démontrée chez le nouveau-né.

Poseologie usuelle, voie et mode d'administration

Voie topique.

Appliquer la crème une fois par jour (de préférence le matin et le soir) uniformément, en essayant de couvrir 1 cm de peau sans laisser de traces.

La durée du traitement varie d'un patient à l'autre en fonction 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 récidive, 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)



matophytoses : Tinea pedis (pied circiné), Tinea barbae (Sycosis), (*Pityrosporum orbiculare*).

cas de toxicité ou de réactions allergiques dans les premières applications

plasmatiques. Malgré cela, ceinture ou allaitante.

6 fois (matin et soir), doucement et régulièrement autour de la zone à traiter.

selon l'agent étiologique et de la localisation de l'infection.

Kétoderm® 2 %, gel en sachet

Kétoconazole

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous est prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si leur maladie sont identiques, même si les signes de leur maladie sont identiques, n'indiquez pas que aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce

Maphar
Bd. Sidi Mousaoui, Casablanca
Sidi Bernoussi, Casablanca
Kétoderm 2% Gel boîte sachet
P.P.V. : 84,20 DH
6116001 181496

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que KETODERM 2 %, gel en sachet et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser KETODERM 2 %, gel en sachet ?
3. Comment utiliser KETODERM 2 %, gel en sachet ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver KETODERM 2 %, gel en sachet ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE KETODERM 2 %, gel