

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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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



Déclaration de Maladie

W.D. N° W19-502845
76480

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1925 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUDCHAR M'HAMED
Date de naissance : 17.7.1955
Adresse : 32 Bd 11 JANVIER ANFA
TOHAMMEDIA
Tél. : 066192394 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. I. MORTAJI MORTAJI
DERMATOLOGIE - MORTAJI
67 Bd Abdelkrim AL KHAYAT
Tél 05 23 32 06 38
Mohammed
Date de consultation : 11/06/2021
Nom et prénom du malade : BOUDCHAR M'hamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : kilyon's versicola, Erythrasma
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) : [Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/06/2021	238,70

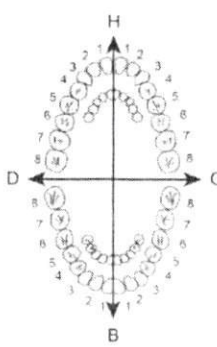
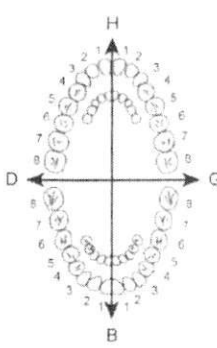
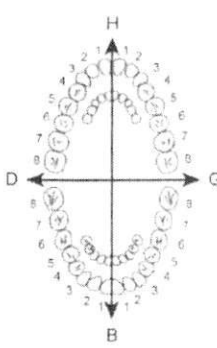
[illegible][illegible]

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 l'ODF.

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 <div style="text-align: center;">  </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="text-align: center;">  </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 المرنجي موحى

اختصاصي في أمراض الجلد

الشعر و الظفر
الامراض التناسلية
جراحة الجلد
حساسية الجلد
علاج التجاعيد
بوتوكس

Mohammedia, le:

11/06/2021

M. M'hamed BOUDCHAR

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

1 boîte

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

2) DERMOFIX CREME

1 boîte

Faire 1 application le soir, pendant 3 semaines

3) ERYFLUID Lot FI/100ml

1 boîte

Tamponner les boutons le matin et le soir

PHARMACIE EL AHL

Dr. KHALID ZIoud
394 Bd. El Houria El Alia Mohammedia
Tél. 05 23 22 77 50

Dr. LMORTAJI MOHA
DERMATOLOGIST - MD
67 Bd Abdelkrim AL Khattabi
Tél. 05 23 22 06 38
Mohammedia

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'apportez jamais à quelqu'un d'autre, même si les symptômes sont identiques.
- Si l'un de vos symptômes devient grave ou indésirable non prévu, parlez-en à votre médecin.

ERYFLUID 4%
LOTION FL 100 ML
P.P.V. : 670H20
LOT : 20E009
PER : 11 2022



1. QU'EST-CE QUE L'ERYTHROMYCINE BASE, lotion ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
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 UTILISÉ ?

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 le 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 2 applications par jour.

Durée du traitement
En moyenne, le traitement dure 1 à 3 mois, jusqu'à l'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 que 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*)
- dermatophytons (*trichophyton*, *Epidermophyton* et *Microsporum*)
- champignons opportunistes filamenteux (*Aspergillus*)
- germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- bactéries gram⁺ (*Staphylocoques* et *Streptocoques*)

Indications thérapeutiques :

Traitement topique des mycoses superficielles de la peau telles que :
- *Tinea corporis* (Eczéma marginé de Hebra), *Tinea capitis* (Tinea circinée), *Tinea barbae* (Sycosis),
et *Tinea manus*, *Candidoses* (Minilose) et *Pityriasis versicolor* (*Pityrosporum orbiculare*).

Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une réaction de photosensibilité n'a été relevée. Seul un érythème 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, son innocuité n'a pas été démontrée chez le nourrisson. Les plaques plaismatiques. Malgré cela, l'usage est autorisé 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) 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

PROMOPHARM S.A.



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 en avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Les symptômes de la maladie sont identiques.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament peut aussi avoir des effets indésirables, même si les signes de leur apparition ne sont pas mentionnés dans cette notice. Voir rubrique 4.

Maphar
Bd Jikimia N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Kétoderm 2% gel en sachet
P.P.V. : 84,20 DH
181495

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 en sachet :