

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.

Radioologie 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 canalaires, 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 canalaires.

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 |

« garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Déclaration de Maladie

N° W21-636644

80 246



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 13130		
Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ZAKARI Soumaya		
Date de naissance : 12/05/1992		
Adresse : 617 Lissasfa résidence la perle du Jdja Tmim F		
Appelé : 0662 106719		
Tél. : 730,7 Dhs Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 07 JUIN 2011		
Nom et prénom du malade : Doudou		
Age : 11 ANS		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Doudou		
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 : Casablanca

Le : 07/06/2011

Signature de l'adhérent(e) :

07/06/2011

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
07.06.2021			250DH	INP : 511444424

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.06.21	480,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna JAMALI

Spécialiste des maladies de la peau,
de l'ongle et du cuir chevelu
Maladie sexuellement transmissibles
Cosmétologie, Allergologie - Laser

الدكتورة منى جمالي

إخلاصية في أمراض الجلد
الأظافر والشعر - الأمراض التنسالية
طب التجميل - اللازم

Casablanca, le : 07 JUIN 2021

الدار البيضاء، في :

2 A KARI SOUKHAGA

- 1/  Reboucheuse Sackets
84, 2^e Se laver avec d'ackets
de la tête aux pieds, laisser
10 min 10 min -
 Onfie Solutiou
56, 2^e Le matin sur le
Tâche  → 10 min -
86, 2^e 3/ Denufex Spray
Le soin sur le tâche

45,20

4) Hypuster creme

~~à faire~~ à faire ~~à faire~~ sur
les ~~parties~~ du cou



8/

Conflucon

100mg gelule

1 gelule

semaine

1mois

39,70

6/

Ongle



Fucide



23,90

7)

Ongle
et plants



Diprolene pomade

le Soi

→ 10g

1 Soi (2)

→ 10g

145,-



Sensibis forte

creme anti-irritante

480,-

9) Cetaphil

caen 100g 12 Re.

DSPP h

MYCOSTER® 1%

Ciclopiroxolamine

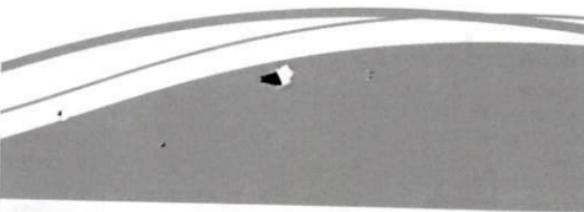
PER...02/2024
LOT:21E005

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



6 118000 011118



Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 pour cent, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?
3. COMMENT UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?
4. QUELLES SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 pour cent, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique
ANTIFONGIQUE A USAGE TOPIQUE.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé dans le traitement:

- des mycoses de la peau ou des ongles (affections dues aux champignons) surinfectées ou non par des bactéries,
- dermatite séborrhéique légère à modérée du visage.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?

Contre-indications

N'utilisez jamais MYCOSTER 1 pour cent, crème dans les cas suivants :

- en cas d'allergies à l'un des composants du produit,
- prévenir votre médecin en cas de grossesse,
- ne pas appliquer ce médicament près des yeux,
- ne pas avaler.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales **Faites attention avec MYCOSTER 1 pour cent, crème :**

Précautions d'emploi

Ne pas appliquer ce médicament près de la région oculaire.

Candidoses: il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorable à la multiplication de candida).

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

Interactions avec d'autres médicaments

Prise ou utilisation 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.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Grossesse - allaitement

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

MAF - 694834 R

Ketoderm® 2 %, gel en sachet

K Maphar

Bd. Alkamilia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca



Ketoderm 2% gel B8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

Avant d'utiliser ce médicament, lisez attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament et les informations importantes pour vous.

6 018001 161490

- 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 a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

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 ?

Docteur Mouna JAMALI

Spécialiste des maladies de la peau,
de l'ongle et du cuir chevelu
Maladie sexuellement transmissibles
Cosmétologie, Allergologie - Laser

الدكتورة منى جمالى

إختصاصية في أمراض الجلد
الأظافر والشعر - الأمراض التناследية
طب التجميل - الليزر

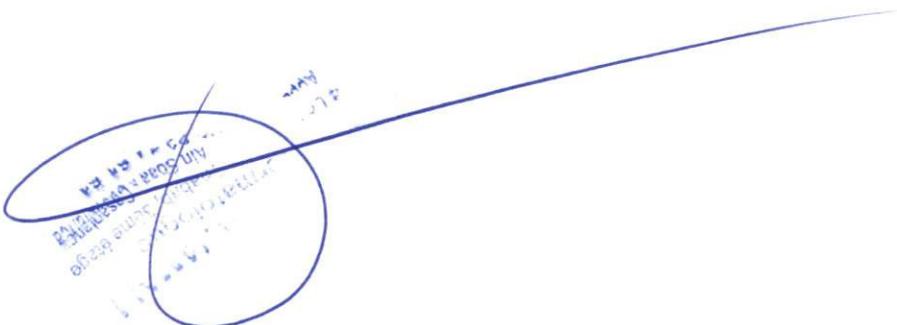
Casablanca, le الدار البيضاء، في :

07 JUN 2021

24 HARES SOUTHA

1)

Tunisie



IOFIX® Solution

Sertaconazole

2 g
100 ml

86,20

opique possédant un spectre d'activité très large :
allic, *Pityrosporum orbicularis*).
et *Microsporum*).
trichophyton).

ques).

la peau telles que dermatophytoses (Tinea pedis de pied d'athlète), Tinea
iris (Herpès ciriné), Tinea barbae (sycosis) et Tinea manus, Candidoses
orbiculaire).

ale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de réaction de
peau peut survenir lors des premières applications n'entraînant jamais la



Cond.:

Dermofix ne convient pas à la peau atopique.

Dermofix est déconseillé chez le nouveau-né, chez la femme enceinte et chez la femme qui allaite.

Mode d'emploi et posologie :

Voie topique.

Appliquer la solution une fois par jour (de préférence le soir) ou deux fois (matin et soir), doucement et uniformément, en essayant de couvrir 1 cm (environ) de peau saine 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 récidive, sachant que souvent cette guérison apparaît après, deux à quatre semaines de traitement.

Plthyriasis versicolor : 2 semaines

Dermatophytoses : 2 à 4 semaines

Candidose : 2 à 4 semaines

Dermofix est inodore et ne tâche pas.

Formes et autres présentations :

Dermofix® Solution à 2% - Flacon de 30 ml

Dermofix® Poudre - Flacon de 30 g

Dermofix® Crème à 2% - Tube de 30 g

Dermofix® Gel à 2% - Flacon de 100 g

Gyno-dermofix® 300 mg - Boîte de 1 ovule

Liste I (Tableau A)



فوسيدين® 2%
مرهم أنوب من 15 غ

39,70

mmade

Avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit, lui causer tort; même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

• DEN
FUC
COMP

COMPLÉMENT	Centésimale	Par tube de 15 g
Fusidate de sodium 2% Excipients q.s.p.	2 g 100 g	300 mg 15 g
Excipients : alcool cétylique, lanoline, vaseline, paraffine liquide.		

ORME PHARMACEUTIQUE

mmade, Tube de 15 g.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTI-INFECTIEUX

Antibiotiques-antibactériens / antibiotiques actifs sur la synthèse des protéines

(D) Dermatologie.

♦ DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est un antibiotique

Ce médicament est préconisé dans les infections cutanées dues à des germes staphylococques et streptocoques.

♦ ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants

• allergie à l'acide fusidique ou à l'un des excipients,

• infections mammaires lors de l'allaitement en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

NE PAS LASER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

La pommade ne doit pas être appliquée sur l'œil.

• Ne pas utiliser la pommade sur de trop grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.

• Ne pas utiliser la pommade sur les lésions suintantes macérées, ni dans les plis, ni sur les ulcères de jambe.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICALEMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas d'allaitement, ne pas appliquer sur le sein.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TUIJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

Lanoline.

♦ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

POSÉOLOGIE

DANS TOUTS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée, application locale avec ou sans pansement. Eviter l'application en couche épaisse.

FREQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ

Une ou deux applications par jour après nettoyage de la surface infectée.

DUREE DU TRAITEMENT

Limiter le traitement à une semaine, à titre indicatif.

♦ EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINS PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS.

Dans certains cas, il est possible que survienne un eczème allergique avec parfois des lésions éloignées du lieu de traitement :

il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

En fonction de l'absorption du produit à travers la peau, en particulier chez le nourrisson, la possibilité d'effets non souhaités au niveau du foie ne peut être exclue,

SEIGNEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

♦ CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à température ambiante.

♦ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSERT EN LISTE 1

VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DÉLIVRER QUE SUR ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

CE MÉDICAMENT VOUS A ÊTÉ PERSONNELLEMENT PRÉSCRIT DANS UNE SITUATION PRÉCISE

- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE

Fabriqué sous licence par **POLYMÉDIC**

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane, Maroc

Dr. M. HOUBACH : Pharmacien Responsable

é et distribué par :
 Jutical Institute
 - 12100 Ain El Aouda - MAROC
 DRATI Pharmacien Responsable.

ONIFINE[®] 1%
 Solution cutanée
 à base de terbinafine
 1% (100 mg/100 ml)
 flacon de 100 ml

Conserver à une température ne
 dépassant pas 25°C.
 Garder à la portée des enfants.

LOT : 009
 PER : MAR 2023
 PPV : 56 DH 00

1g
 Eau purifiée.....q.s.p 100g

avec dispositif de pulvérisation.

Dermatophytes cutanés

- dermatophytes de la peau glabre,
- intertrigos génitaux et cruraux,
- intertrigos interdigitoplantaires Pieds d'athlètes.
- Pityriasis versicolor.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Posologie

Une à deux applications par jour pendant une semaine selon le champignon en cause :

Dans le cas des dermatophytes : 1 application par jour pendant une semaine.

Dans le cas du pityriasis versicolor : 2 applications par jour pendant une semaine.

Mode d'administration :

Voie cutanée

Appliquer ONIFINE[®] 1% Solution 1 à 2 fois par jour selon l'indication.

Après avoir nettoyé soigneusement et séché la zone concernée, appliquer une quantité suffisante de produit afin que toute la peau lésée et la zone périphérique soient recouvertes et traitées.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

CONTRE INDICATIONS :

Hypersensibilité connue à la terbinafine ou à l'un des excipients.

En l'absence de données de sécurité et d'efficacité suffisantes l'utilisation de ONIFINE[®] 1% Solution n'est pas recommandée chez l'enfant.

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

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- ONIFINE[®] 1% Solution est limitée à l'usage externe.
- ONIFINE[®] 1% Solution doit être utilisée avec précaution sur les lésions qui pourraient être irritées par l'alcool.
- Ce produit peut être irritant pour les yeux ; en cas de contact accidentel avec les yeux, rincer abondamment.