

## 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 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 |

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.

N° W21-643681

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3331

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

JAKIR

Abdelhakim

Date de naissance :

05/06/1960

BLAD CHAMA 1ETG

Adresse :

72 TET

CASA

Tél. :

0661384120

669,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

12 NOV. 2021

di Asmaa FAIK ESSA  
OMNIPRACTIC U.N.  
Oulfa Lai. Alyousri Grib. Inm.  
cc. Farah Saïam - Tel. : 0522 89 410

Date de consultation :

04

Nom et prénom du malade :

ICASSIM SSAM

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

anémie + ulcère

intolérance

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

lympho

lympho

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 : 09/10/2021

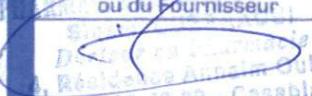
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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
04/10/2021	6		160,00	INP : 0911443261 

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/2021	17389,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/10/2021	B120	130,00 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

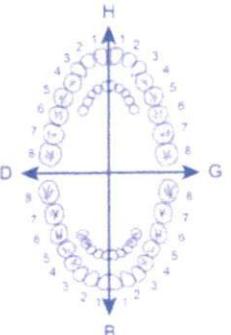
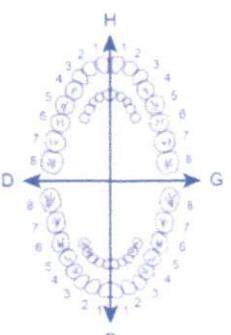
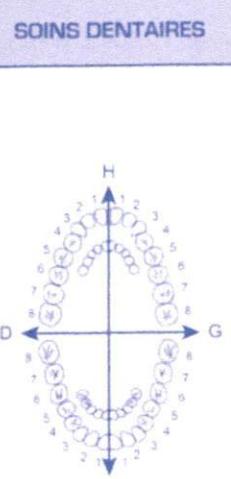
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
																
																
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
				<b>DATE DU DEVIS</b>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Ordonnance

Casablanca, le

04/10/2021

ICASSON 500AD 2g par Jour

199,00

1)

tegarine 200 mg



1g/1

x 27 jrs

1 semaine 14 feu

x 3 mois

27,30

2)

Demfx 500 mg



1g/1 x 6m

51,50 x 9

3)

Milcopen 1250 mg (23)



1g/1 x 10 jrs

1g/1 x 02 feu

1 - 329,30







# TEGUMA® 250 mg,

comprimé sécable en boîtes de 7, 14 & 28.

Terbinafine

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

Gardez cette notice

demandez plus à votre pharmacien.

Ce médicament vous donnez jamais de symptômes identiques. Si l'un des effets indésirables suivants vous remarquez un effet indésirable, consultez la notice, parlez-en à votre pharmacien.

TEGUMA® 250 mg

28 comprimés sécables



6 118001 101054

LOT : 210890  
EXP : 05/2024  
PPV : 199,000 H

la vision.

ouvant affecter 1 à 10

lisant par une pâleur de la peau, une fatigue inhabituelle

## 1. Composition du médicament

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

Terbinafine (DCI) ..... 250.00mg

Sous forme de Chlorhydrate Terbinafine ..... 281.33mg

## - Composition qualitative en excipients :

Excipients : Cellulose microcristalline, carboxyméthylamidon sodique (type A), povidone K-30, stéarate de magnésium, silice colloïdale anhydre.

## - Liste des Excipients à effet notoire :

Sans objet.

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

TEGUMA® 250 mg appartient à une famille de médicaments appelés les antifongiques. Ils agissent en détruisant les champignons microscopiques (maladies appelées mycoses).

## 3. Indications thérapeutiques

Ce médicament est utilisé pour traiter certaines infections provoquées par des champignons de la peau et des ongles.

## 4. Posologie

### - Mode et voies d'administration :

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

• La dose habituelle est de 1 comprimé par jour.

• Le comprimé est à prendre de préférence au cours d'un repas.

• Avalez le comprimé à l'aide d'un verre d'eau.

### - Durée du traitement :

La durée du traitement vous sera indiquée par votre médecin. Il est important de savoir que la disparition complète des symptômes de l'infection ne peut arriver que plusieurs semaines après la mise en place du traitement (voire même après l'arrêt du traitement).

## 5. Contre-indications

Ne prenez jamais TEGUMA® 250 mg, comprimé sécable :

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

• Si vous avez une maladie grave du foie.

• Si vous avez une maladie grave des reins.

• Si vous avez eu une éruption de pustules blanchâtres avec des rougeurs sur la peau et de la fièvre à la suite d'un traitement par TEGUMA® 250 mg.

## 6. Effets indésirables

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

### Effets indésirables très fréquents (pouvant affecter plus de 1 personne sur 10) :

• des maux de tête,

• des troubles digestifs (douleurs ou gêne abdominales, diminution de l'appétit, difficultés de digestion, nausées, diarrhées),

• des réactions sur la peau (éruptions de boutons, urticaire)

• des douleurs dans les muscles et les articulations.

Effets Indésirables fréquents (pouvant affecter 1 à 10 personnes sur 100) :

• une dépression,

• une perte totale ou partielle du goût, ce trouble disparaissant habituellement en quelques semaines après l'arrêt du traitement,

la vision.

ouvant affecter 1 à 10

lisant par une pâleur de la peau, une fatigue inhabituelle

au toucher,

• une perception de sons (siflement, bourdonnement) bien qu'ils n'existent pas réellement,

• une sensibilité augmentée de la peau au soleil pouvant entraîner des réactions : plaques rouges et/ou démangeaisons, coups de soleil,

• une fièvre,

• une perte de poids due à une diminution ou une altération du goût.

Effets indésirables rares (pouvant affecter 1 à 10 personnes sur 10 000) :

• Des démangeaisons, de la fatigue, des nausées persistantes, des vomissements, des douleurs sous les côtes à droite, des urines foncées, des selles décolorées et une coloration jaune de la peau et des yeux. Il peut s'agir :

- d'une maladie grave du foie (insuffisance hépatique sévère), pouvant exceptionnellement être fatale ou conduire à une transplantation du foie,

- d'une atteinte du foie se traduisant par une inflammation du foie, une coloration jaune de la peau (hépatite),

- d'une jaunisse résultant d'un problème d'évacuation de la bile pouvant s'accompagner de démangeaisons,

- d'une atteinte du foie se traduisant par une augmentation de la concentration sanguine de certaines enzymes du foie

Effets indésirables très rares (pouvant affecter moins de 1 personne sur 10 000) :

• des éruptions de pustules blanchâtres, des rougeurs sur la peau et de la fièvre,

• une diminution du nombre de globules rouges et/ou de globules blancs (voire une disparition des globules blancs) et/ou une baisse des plaquettes dans le sang,

• un malaise, une baisse de la tension artérielle, une perte de connaissance, des démangeaisons, des boutons, un gonflement du visage et de la gorge provoquant une difficulté à respirer. Il peut alors s'agir d'une allergie au médicament,

• une maladie grave appelée lupus,

• un décollement de la peau (apparition de cloques) ou des muqueuses (intérieur du nez, de la bouche, parties génitales...) qui progresse rapidement et s'accompagne de cloques, d'une fièvre et de maux de gorge (angine),

• une réaction de la peau due au médicament,

• une éruption au niveau de la peau sous forme de vésicules ou de cloques,

• une apparition de lésions cutanées (psoriasis) ou une aggravation de ces lésions,

• des pustules (cloques contenant du pus) et des rougeurs s'accompagnant d'une fièvre,

• une perte de cheveux.

Effets indésirables dont la fréquence est inconnue :

• une maladie sérieuse : un syndrome associant fièvre, urticaire, augmentation de volume des ganglions lymphatiques qui peuvent devenir douloureux (lymphadénopathie), douleurs

# DERMOFIX® Crème

## Sertaconazole

### Composition :

Sertaconazole nitrate

Excipients (dont E)

### Propriétés :

Le Sertaconazole

- levures pathogènes

- dermatophytes

- champignons op.

- germes résistant

- bactéries gram+

### Indications thérapeutiques :

Traitement topique

d'athlète), Tinea cruris

et Tinea manus

### Effets indésirables :

Le Sertaconazole

cause 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 particulières d'emploi :

Dermofix ne convient pas à l'usage 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 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

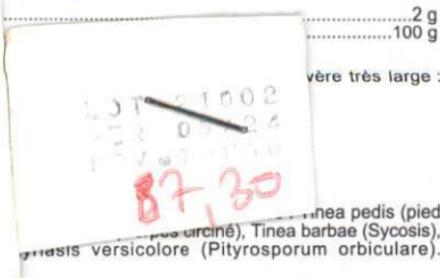
Dermofix® Solution 2% flacon de 30 ml

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)

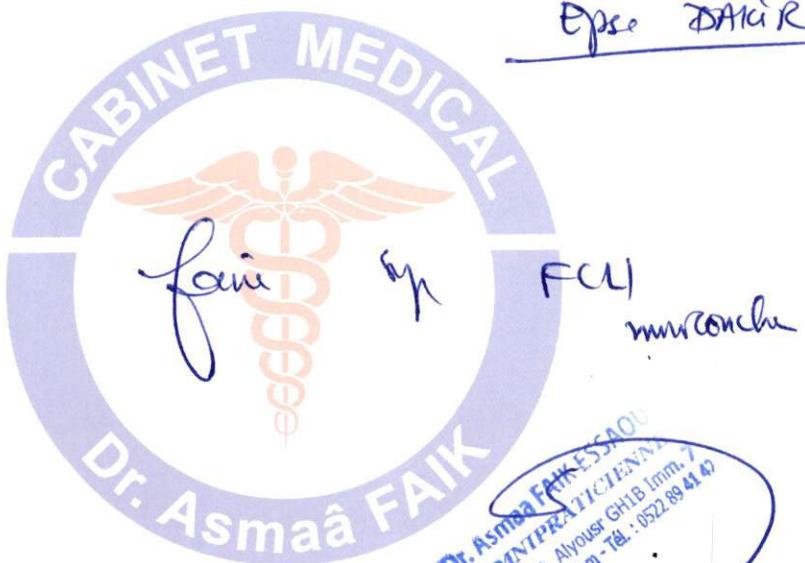


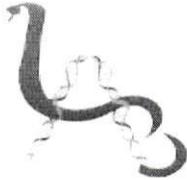


## Ordonnance

Casablanca, le .....

04/10/2021





## Facture

N° facture 21-3161

Casablanca, le 04/10/2021

Date de prélèvement 04/10/2021

Mme KASSOU Squad

Code Acte	Designation Acte	Cotation
HBA1C	Hémoglobine glyquée	100
GLY	Glycémie à jeun	20

Total B	120
Total en dirhams	130,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent trente dirhams\*\*\*





Dr. DADOUNE Loubna  
Médecin Biologiste

Pathologie - Hématologie - Bactériologie - Immunologie Parasitologie  
Mycologie - Hormonologie - Virologie - Test Covid-19 autorisé

## Compte rendu d'analyses

Mme KASSOU Souad

Date de naissance : 03/09/1966

Prélèvement du: 04/10/2021 8:39  
Dossier N° : 041021128

Page : 1 / 1

## BIOCHIMIE

### HÉMOGLOBINE GLYCOSYLIÉE

HPLC BIO-RAD D 10

5,30 %

5,20 (01/07/21)

#### Interprétation :

Sujet Normal	: 3 - 6 %
Diabétique équilibré	: 6 - 7 %
Diabétique mal équilibré	: 7 - 8 %
Diabétique très mal équilibré	: > 8 %

### Glycémie à jeun

1,14 \* g/l ( 0,7 - 1,1 )  
6,33 \* mmol/l ( 3,89 - 6,11 )

1,24 (01/07/21)

Dr. DADOUNE Loubna  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
10 Lot Haj Fathia Ditra - Casablanca  
0522 900 700