

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

- Réclamation : 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

N° W19-464694

132495

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12640 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BEN JELLOUV REDA

Date de naissance : 02/02/1990

Adresse : 75 km Allée des oiseaux, Hermitage Casablanca

Tél. : 066270963 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS HAKIM H. HAKIM 29 SEP. 2022]

Date de consultation : 29/09/2022

Nom et prénom du malade : BEN JELLOUV Reda Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

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 : 29 / 09 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
29/09/2022	G		276,50	INP : 09 45 58 77 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DALA 2 Bis, des Vigneaux Casablanca tel 05 22 99 27 54	24/09/22	276,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Siham ALAOUI EL HASSANI

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de l'université de Paris

Maladies de la peau, de l'ongle et du cuir chevelu

Maladies Sexuellement Transmissibles

Cosmétologie



الدكتورة سهام العلوي الحسني

الأمراض الجلدية - الأمراض التناسلية

خريجة جامعة باريس

أمراض الجلد, الظفر والشعر

الأمراض التناسلية

الطب التجميلي

Casa, le 24/09/2022.

BEN JELOUN Reda

35,00
1/ Siprozone cp-dmg (SV)

3 cp 15 → 35
après le repas.

43,40
2/ Cicaderma crème (SV)

1 fois 15

30,00
3/ Decahex crème (SV)

1 fois 15 → 75

4/ Puressentiel spray textile.

pour les vêtements.

27,30

5/ Ketoderme crème SV

1 fois — 105

84,20

6/ Ketoderme sachet SV

Garder 5 min puis rincer

56,60 1 fois / semaine.

7/ Diprostène SV (1 boîte)

Ts 276150

PHARMACIE DALAL
24, Bis, des Vieux
Oasis - Casablanca
Tél 05 22 99 27 54

Dr. ALLOUJI SHAM
DERMATO-VENEROLOGUE
76 Bd. Abdelkrim EL KHAYAT
CASABLANCA
Tél. 022333300

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketoderme 2% gel b8 sachet
P.P.V.: 84,20 DH
116001 181490

Diprostène®

Suspension injectable en seringue pré-remplie
Bétaméthasone

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V. 56.60 DH



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 a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de votre maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou 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 DIPROSTONE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTONE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
3. COMMENT UTILISER DIPROSTONE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DIPROSTONE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.
1. QU'EST-CE QUE DIPROSTONE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticoïdes à usage systémique non associés, code ATC : H02AB01.
Ce médicament est un corticoïde.

LOCATOP® 0,1 %

Désonide 0,1%

Crème Usage local

LOCATOP® 0,1 %

Crème

Tube de 30 g



6 118000 012061

■ IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

Dénomination : LOCATOP® 0,1 %, crème

Composition qualitative / composition quantitative :

Désonide 0,1000 g

Vaseline, paraffine liquide, alcool cétylstéarylique et éther cétoatéarylique de macrogol 1000

(EMULGADE 1000 NI), gallate de propyle, édétate de sodium, acide sorbique, eau purifiée.

Pour 100 g.

Forme pharmaceutique : Crème, tube de 30 g.

Classe pharmaco-thérapeutique :

GLUCOCORTICOIDE TOPIQUE (D: Dermatologie)

■ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

Ce médicament est préconisé dans certaines maladies de peau comme l'eczéma de contact, la dermatite atopique, le psoriasis, mais votre médecin peut le prescrire dans d'autres cas.

■ ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas

Siprozone® 20

Prednisolone

SIPROZONE® 20 mg
20 comprimés



1- IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

- a- Composition qualitative et quantitative :
Prednisolone.....20 mg
Excipients.....qsp 1 cp

b- Forme et présentation pharmaceutique :

- Boîte de 20 comprimés

c- Classe pharmacothérapeutique :

- Glucocorticoïdes, usage systémique (H : hormones non sexuelles)

2- INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

a- Affections ou maladies :

- Collagénoses, connectivites :
Poussées évolutives de maladies systémiques, notamment : *lupus érythémateux disséminé, vascularite, polymyosite, sarcoidose viscérale.*
- Dermatologiques :
* Dermatoses bulleuses auto-immunes sévères, en particulier pemphigus et pemphigoïde bulleuse.
* Certaines formes de lichen plan.
* Certaines urticaires aiguës.
* Formes graves de dermatoses neutrophiliques.
- Digestives :
* Poussées évolutives de la rectocolite hémorragique et de la maladie de Crohn.
* Hépatite chronique active auto-immune (avec ou sans cirrhose).
* Hépatite alcoolique aiguë sévère, histologiquement prouvée.
- Endocriniennes :
* Thyroïdite subaiguë de De Quervain sévère.
* Certaines hypercalcémies.
- Hématologiques :
* Purpura thrombopéniques immunologiques sévères.
* Anémies hémolytiques auto-immunes.
* En association avec diverses chimiothérapies dans le traitement d'hémopathies malignes lymphoïdes.
* Érythroblastopénies chroniques acquises ou congénitales.
- Infectieuses :
* Péricondrite tuberculeuse et formes graves de tuberculose mettant en jeu le pronostic vital.
* Pneumopathie à *Pneumocystis carinii* avec hypoxie sévère.
- Néoplasiques :
* Traitement antiémétique au cours des chimiothérapies antinéoplasiques.
* Poussée œdémateuse et inflammatoire associée aux traitements antinéoplasiques (radio et chimiothérapie).
- Néphrologiques :
* Syndrome néphrétique à lésions glomérulaires minimes.
* Syndrome néphrétique des hyalinoses segmentaires et focales primitives.
* Stade III et IV de la néphropathie lupique.
* Sarcoidose granulomateuse intrarénale.
* Vascularites avec atteinte rénale.
* Glomérulonéphrites extracapillaires primitives.
- Neurologiques :
* Myasthénie.
* Œdème cérébral de cause tumorale.
* Polyradiculonévrite chronique, idiopathique, inflammatoire.
- * Spasme infantile (syndrome de West), syndrome de Lennox-Gastaut.
* Sclérose en plaques en poussée, en relais d'une corticothérapie intraveineuse.
- Ophtalmologiques :
* Œdème antérieur et postérieur sévère.
* Exophtalmies œdémateuses.
* Certaines neuropathies optiques, en relais d'une corticothérapie intraveineuse (dans cette indication, la voie orale en première intention est déconseillée).
- ORL :
* Certaines otites séreuses.
* Polyposse nasosinusienne.
* Certaines sinusites aiguës ou chroniques.
* Rhinites allergiques saisonnières en cure courte.
* Laryngite aiguë striduleuse (laryngite sous glottique) chez l'enfant.
- Respiratoires :
* Asthme persistant de préférence en cure courte en cas d'échec du traitement par voie inhalée à fortes doses.
* Exacerbations d'asthme, en particulier asthme aigu grave.
* Bronchopneumopathie chronique obstructive en évaluation de la réversibilité du syndrome obstructif.
* Sarcoidose évolutive.
* Fibroses pulmonaires interstitielles diffuses.

Kétoderm®

kétoconazole*

forme et présentation

Crème à 2 % - Tube de 10 g

composition

Kétoconazole

Sulfite de sodium (E221)

Excipient

Ce tube contient 200 milligrammes de kétoconazole.

mode d'emploi

En application sur la peau.

Ne pas avaler.

posologie usuelle

Se conformer à la prescription médicale.

indications thérapeutiques

Mycoses de la peau.

précautions d'emploi

- Prévenir le médecin en cas de grossesse.
- Le produit ne convient pas à l'usage ophtalmologique.
- Candidoses : il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorisant la multiplication du Candida).
- En cas de dermatite du siège du nourrisson, l'emploi de couches occlusives est à proscrire.

mise en garde

Ce produit contient des sulfites.

effets indésirables

Dans de rares cas, on peut observer une légère irritation ou une sensation de brûlure au lieu de l'application.

condition de délivrance

Ne peut être obtenu que sur ordonnance médicale.

* Découverte de la recherche JANSSEN.



JANSSEN-CILAG S.A.

Fabriquée sous licence par :

MAPHAR - Casablanca

Kétoderm® 2 %



Crème Tube de 10 g



6 118000 010920