

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-464694

13/09/22

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 bis allée chent des ouroux, Hermitage

Tél. :

0662260963

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 19/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Benjelloun Reda

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
24/09/2019	GS		3500HS	INP : 091006840 ALAQUETTE SIRIENNE TOUJOURS DOCUMENTÉ BLATZ 2233330

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MALIE DALA sis, des Vassaux sis - Casablanca 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
		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'ODDF.

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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



Casablanca . 24.109/2022.

BEN JELOUN Reda

35,00

1. Siprozone cp-domo ↗ 5 ✓

3 cp b → 35

après le repas.

43,00

2. Cicaderme Crème ↗ 5 ✓

1 fois b

39,00

3. docaderm crème ↗ 5 ✓

1 fois b → 275

4). Prussentiels spray textile.

* pour les vêtements.

27,30

5). Kétoderm crème

1 foist → 10g

84,20



Maphar
Bd Alkmia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
P.P.V: 84,20 DH sachet
Ketoderm 2% gel b8 sachet
E 118001 181490

6). Kétoderm sachet

Gauder 5min. pris vincer

56,60 1 fois / semaine



7). Diprostene

(1 moitié)

Tr 276,150

PHARMACIE DALAL
24, Bis, des Vaux
Oasis - Casablanca
Tel 05 22 99 27 54

D ALMOR DERMATOLOGUE
76 Bd Abdellah JELLINE
CASABLANCA
Tel. 022233330

Diprostène®

Suspension injectable en seringue pré-remplie
 Bétaméthasone



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 donné. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de 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 DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
3. COMMENT UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, 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 cétostéarylique 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

Excipients à effet notoire : lactose

b- Forme et présentation pharmaceutique :

Boîte de 20 comprimés

c- Classe pharmaco-thérapeutique :

Gluocorticoïdes, usage systémique (H : hormones non sexuelles)

2- INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

a- Affections ou maladies :

- Collagénoses, connectivités :

* Poussées évolutives de maladies systémiques, notamment : lupus érythémateux disséminé, vascularite, polymyosite, sarcioïdose viscérale.
- Dermatologiques :
* Dermatoses bulleuses auto-immunes sévères, en particulier pemphigus et pemphigoïde bulleuse.
* Formes graves des angiomates du nourrisson.
* 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 :

* Purpuras thrombopéniques immunologiques sévères.

* Anémies hémolytiques auto-immunes.

* En association avec diverses chimiothérapies dans le traitement d'hémopathies malignes lymphoïdes.

* Erythroblastopénies chroniques acquises ou congénitales.

- Infectieuses :

* Péricardite tuberculeuse et formes graves de tuberculose mettant en jeu le pronostic vital.

* Pneumopathie à Pneumocystis carinii avec hypoxie sévère.

- Néoplasiques :

* Traitement antalgique au cours des chimiothérapies antinéoplasiques.

* Poussée œdématoise et inflammatoire associée aux traitements antinéoplasiques (radio et chimiothérapie).

- Néphrologiques :

* Syndrome néphrotique à lésions glomérulaires minimes.

* Syndrome néphrotique des hyalinoses segmentaires et focales primitives.

* Stade III et IV de la néphropathie lupique.

* Sarcioïdose granulomateuse intrarénale.

* Vascularites avec atteinte rénale.

* Glomérulonéphrites extracapillaires primitives.

- Neurologiques :

* Myasthénie.

* Gédonme 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.

- Ophthalmologiques :

* Uvéite antérieure et postérieure sévère.

* Exophthalmies 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.

* Polypose nasosinusienne.

* Certaines sinusites aiguës ou chroniques.

* Rhinites allergiques saisonnières en cure courte.

* Laryngite aigue 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.

* Sarcioïdose 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 ketoconazole.

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 dermite 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.

Fabriqué sous licence par :
MAPHAR - Casablanca

Kétoderm® 2 %

Crème Tube de 10 g



6 118000 010920