

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.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0026390

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10.260

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HARCHACHE ABDELLAH

Date de naissance : 02/05/60

Adresse : 19 Bloc 102 Derb El Anel - 02 - H. HARCHACHE

CASABLANCA - Maroc

Tél. : 0662 46 8464

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUDRHIRI Lamia
Dermatologue-vénérologue
46, Bd. Afghanistan Gr 2 2ème etag
Mar. Hassan, Casa Tél. 05 22 50 01 0

Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade : M. HARCHACHE LOTFI

Age : 90 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : DERMATOSE

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

17.10.22 CS 300 dh

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/10/22

5770

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

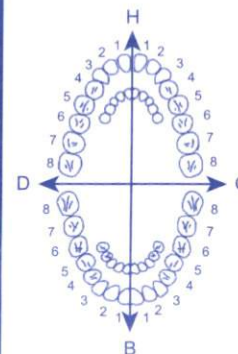
Coefficient

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

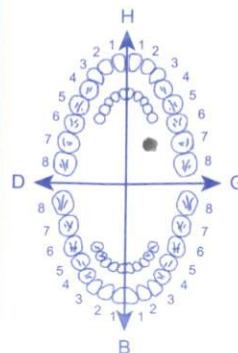
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lamia Oudrhiri

Dermatologue - Vénérologue

Dermatologie Générale Adulte et Enfant

Maladies Sexuellement Transmissibles

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique - Lasers

DIU Européen des Lasers Médicaux Paris VI

DIU de Dermatologie Esthétique Versailles Saint Quentin

DIU de Dermatologie Chirurgicale Versailles Saint Quentin

DIU des Techniques d'Injections (Botox, Comblement) Nice

DIU de Dermatologie Pédiatrique Nice

الدكتورة لمياء ودغيري

أخصائية الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض و جراحة الجلد و الشعر و الأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا - حساسية الجلد

الطب التجميلي (تقشير - بوطكس - فيلرز)

العلاج بالليزر (إزالة الشعر و الوشم و الندوب)

الدبلوم الجامعي في العلاج بالليزر من جامعة باريس

الدبلوم الجامعي في طب التجميل من جامعة فرساي سان كونتان

الدبلوم الجامعي في جراحة الجلد من جامعة فرساي سان كونتان

الدبلوم الجامعي في الحقن التجميلي للبوطكس و الفيلرز من جامعة نيس

الدبلوم الجامعي في أمراض الجلد عند الأطفال من جامعة نيس



Casablanca, le

17/10/2022

Vaphar
3d Alkima N° 6, QI,
ildi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.V : 84,20 DH



Vaphar
3d Alkima N° 6, QI,
ildi Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.V : 84,20 DH



Monsieur HARCHACHE LOTFI

1) KETODERM (sachet)

2 fois par semaine faire mousser sur le corps et le cuir chevelu laisser agir 05 minutes puis rincer pendant 01 mois puis 1 fois par semaine un mois (pas le visage).

2) DERMOFIX (creme 2%)

1 fois le soir sur les lésions du corps 01 mois

3) KETODERM (CREME 2%/TUBE 10G)

une application par jour le soir sur les lésions du visage 01 mois

4) AVENE TOLERANCE CONTROL CREME

01 application le matin sur le visage 01 mois

5) CLENIDERM CREME

1 fois par jour le soir sur les lésions du visage pendant 05 jours puis STOP

6) MYCOFLU GELLULES 150MG/BOITE

sous réserve de bilan hépatique et lipidique 1 gélule par semaine 02 semaines

7) PREPARATION

CUIR CHEVELU 1 fois le soir pendant 07 jours PUIS 02 fois par semaine le soir la veille d'un shampoing 01 mois

Retinal emulsion : 7 flacons

Scinoralol lotion : 7 flacons

Colywan gelule 125 mg : 12 flacons

06 66 48 22 54 / 05 22 90 01 01 : الفاكس / الهاتف - الدار البيضاء - الحي الحسني - الطابق 2، شارع أفغانستان المجموعة 2، 46، Bd Afghanistan, groupe 2, 2ème étage, Hay Hassani - Casablanca - GSM : 06 66 48 22 54

Tél / Fax : 05 22 90 01 01 - E-mail : oudrhirlamia@gmail.com - Site Web : www.dr-lamiaoudrhiri.com

LOT: 074
PER: MAR 2025
PPV: 22 04 40

MYCOFLU® 50 & 150mg

Fluconazole

COMPOSITION

Chaque gélule contient :

MYCOFLU 50 mg : Fluconazole (DCI) 50 mg

MYCOFLU 150 mg : Fluconazole (DCI) 150 mg

Excipients : Lactose ; Amidon de maïs ; Silice colloïdale ; Talc ; Laurylsulfate de sodium.

Excipient à effet notoire : Lactose

FORMES ET PRESENTATIONS

Gélules dosées à 50 mg : boîte de 3 gélules et boîte de 7 gélules.

Gélules dosées à 150 mg : boîte de 1 gélule, boîte de 4 gélules et boîte de 7 gélules.

PROPRIETES

MYCOFLU est un antifongique, il s'oppose à la prolifération des champignons microscopiques.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

MYCOFLU 150mg est indiqué dans le traitement :

· des candidoses vaginales et périnéales aiguës et récidivantes

MYCOFLU 50mg est indiqué dans le traitement :

Chez l'adulte :

· des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),
· des candidoses buccales atrophiques.

Chez l'enfant :

· Traitement des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.
· Traitement des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires.
· Traitement des cryptococcoses neuro-méningées; le traitement d'entretien au cours du SIDA doit être poursuivi indéfiniment

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

en cas d'allergie connue au fluconazole et aux substances apparentées (azolés)
· chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison de la forme pharmaceutique
· pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical

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

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

Ce médicament doit être pris avec précaution dans les cas suivants :

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception est indispensable.

Mises en garde spéciales

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter un médecin.
Si vous avez préalablement présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter un médecin le plus rapidement possible.

30100

CLENIDERM® crème

Béclométhasone dipropionate

Béclométhasone dipropionate 0,025 g
Excipients (dont propylèneglycol, Chlorocrésol) q.s.p. 100 g

Propriétés :

CLENIDERM est un dermocorticoïde.

Il est actif sur certains processus inflammatoires (comme l'hypersensibilité de contact), et l'effet prurigineux qui leur est lié. Vasoconstricteur. Inhibe la multiplication cellulaire.

Indications thérapeutiques :

- Indications privilégiées où la corticothérapie locale est tenue pour le meilleur traitement : eczéma de contact, dermatite atopique, lichénification.
- Indications où la corticothérapie locale est l'un des traitements habituels : dermite de stase, psoriasis (à l'exclusion des plaques très étendues), lichen, prurigo non parasitaire, dyshidrose, lichen scléro-atrophique génital, granulome annulaire, lupus érythémateux discoïde, dermite séborrhéique à l'exception du visage, traitement symptomatique du prurit du mycosis fongicoïde.
- Indications de circonscription pour une durée brève : piqûres d'insectes et prurigo parasitaire après traitement étiologique.

Contre-indications :

Dermatoses virales, bactériennes, fongiques et parasitaires ; dermatoses faciales à composante vasomotrice (rosacée) ou folliculaire (acné) ; lésions ulcérées.

Effets indésirables :

Ils résultent, en règle générale, d'une mauvaise utilisation : durée excessive du traitement et puissance trop importante du produit sont responsables d'effets indésirables locaux. Si, en outre, la surface d'application est très étendue, des effets systémiques peuvent être observés.

Précautions d'emploi :

Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit en être recherchée.

Suivre les recommandations du médecin.

Ce médicament peut être prescrit pendant la grossesse si besoin.

L'allaitement est possible en cas de traitement par ce médicament.

Ne pas appliquer sur les seins lors de l'allaitement en raison du risque d'ingestion du produit par le nouveau-né.

Mode d'emploi et posologie :

Le traitement doit être limité à 1 à 2 applications par jour.

Il est conseillé d'appliquer le produit en couches espacées, puis de l'étaler en massant légèrement jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé.

Forme et présentation :

Crème - Tube de 30 g

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc



DERMOFIX® Crème

Sertaconazole

Composition :

Sertaconazole nitrate 2 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 dermatophytoses : *Tinea pedis* (pied d'athlète), *Tinea cruris* (Eczéma marginé de Hebra), *Tinea corporis* (Herpès circiné), *Tinea barbae* (Sycosis), et *Tinea manus*, Candidoses (Miniliose) et Pityriasis versicolore (*Pityrosporum orbiculare*).

Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité 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 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