

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-700543

201786

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOBARAK MOHAMED YACINE
 Date de naissance : 12/05/1976
 Adresse : Rue 1 Apt 28 Etg 4 GH6 Fed'at Lmoulit
Old Airport - JAR 30 - AZZA
 Tél. : 0661130377 Total des frais engagés : Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : MOBARAK MOHAMED YACINE
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatologique
 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 : 12/04/2014


Signature de l'adhérent(e) : 

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
27/03/24			250.00	INP : 091199760

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/03/24	1,363.0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/03/24	5300	347.51

AUXILIAIRES MEDICAUX

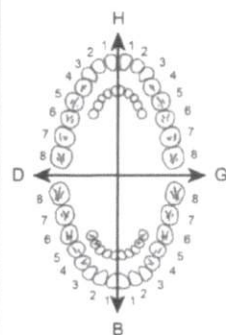
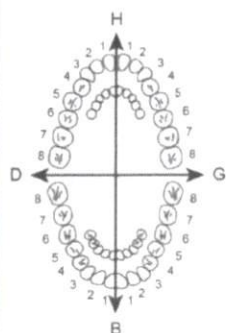
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				CCEFFICIENT 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>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	CCEFFICIENT 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														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Imane **TIRHAZOUINE**
د. إيمان تيغزوين

- Dermatologie - vénéréologie
- Allergologie
- Chirurgie de la peau et des Ongles
- Dermatologie Esthétique
- Laser

- اختصاصية
- في امراض الجلد و الشعر و الاظافر
- الامراض التناسلية حساسية الجلد
- جراحة الجلد و الاظافر
- الطب التجميلي الليزر

casablanca le

27/03/2014

Dr. Imane Tirhazouine



79,50

1 - Demasept Gel anti-septique PH = Neutro 8

Mettez 1 goutte d'eau entiere. Rincer, bien sécher.



2 - Préparation

17,40

• Vaseline simple (30g)

2x 54,20

• Dufine crème (60g)

30,40

• Diproline crème (30g)



123,40

Appl. x 2 fois par jour

3 - Dufine cr 210g

Appl. après repas



77,20

4 - Ale-top long

Appl. le soir après repas



« Ali »

« Imane »

436,30

t +212 5 22 90 54 63 e imane_tr@hotmail.com

344, Bd Oued Daoura, Lot Haj Fateh - Oulfa
Casablanca - Maroc

ALER-Z[®] 10mg, Comprimé pelliculé sécable

Boîtes de 7, 14, 28.
cétirizine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.

LOT : 231821
EXP : 12/2026
PPV : 77,20DH

mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que ALER-Z[®] 10 mg, Comprimé pelliculé sécable et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ALER-Z[®] 10 mg, Comprimé pelliculé sécable ?
3. Comment prendre ALER-Z[®] 10 mg, Comprimé pelliculé sécable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ALER-Z[®] 10 mg, Comprimé pelliculé sécable ?
6. Informations supplémentaires.

1. Qu'est-ce que ALER-Z[®] 10 mg, Comprimé pelliculé sécable et dans quel cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique : Antihistaminiques à usage systémique, dérivés de la pipérazine - code ATC : R06AE07.

Le dichlorhydrate de cétirizine est la substance active de ALER-Z[®] 10 mg, Comprimé pelliculé sécable.

ALER-Z[®] 10 mg, Comprimé pelliculé sécable est un médicament utilisé dans le traitement de l'allergie. Chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans, ALER-Z[®] 10 mg, Comprimé pelliculé sécable est indiqué dans :

- Le traitement des symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle ;
- Le traitement des symptômes de l'urticaire chronique (urticaire chronique idiopathique).

Un avis médical est recommandé pour l'urticaire chronique idiopathique.

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ALER-Z[®] 10 mg, Comprimé pelliculé sécable ?

N'utilisez jamais ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable

- Si vous avez une maladie des reins en stade terminal (insuffisance rénale nécessitant une dialyse) ;
- Si vous êtes allergique au dichlorhydrate de cétirizine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6, à l'hydroxyzine ou aux dérivés de la pipérazine (substances actives apparentées contenues dans d'autres médicaments).

Faites attention avec ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable

conseil à votre médecin.

Si vous êtes épileptique ou si vous présentez des risques de convulsions, demandez conseil à votre médecin.

Il n'a pas été observé d'interaction spécifique entre la cétirizine utilisée aux doses recommandées et l'alcool jusqu'à la concentration sanguine d'alcool de 100 mg (g/l) correspondant à un verre de vin. Aucune donnée n'est disponible lors de la concomitance de doses plus importantes de cétirizine et d'alcool. Par conséquent, comme pour tout autre antihistaminique, il est recommandé de ne pas prendre d'alcool avec ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable.

Avant de passer des tests pour le diagnostic de l'allergie (test cutané par exemple), il convient de ne pas prendre ce médicament au moins 3 jours avant leur réalisation car il peut en modifier les résultats. Demandez à votre médecin ce qu'il faut faire avant la réalisation des tests pour le diagnostic de l'allergie.

Enfants et adolescents

Ne donnez pas ce médicament aux enfants de moins de 6 ans car la forme comprimée ne permet pas l'adaptation nécessaire de la dose.

Prise d'autres médicaments

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Aliments et Boissons

L'absorption de ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable n'est pas modifiée par la prise d'aliments.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'utilisation de ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable doit être évitée pendant la grossesse. L'utilisation par inadvertance en cours de grossesse ne devrait pas avoir d'effet délétère sur le fœtus. Cependant, ce médicament ne doit être administré que si nécessaire et après avis médical.

La cétirizine passe dans le lait maternel. Un risque d'effets indésirables chez les nourrissons allaités ne peut pas être exclu. Par conséquent, vous ne devez pas prendre ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable si vous allaitez sauf avis de votre médecin.

Effets sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines

Les études cliniques n'ont pas mis en évidence d'altération de la vigilance, du temps de réaction ou de la capacité à conduire après administration d'ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable aux doses recommandées. Cependant, si vous êtes susceptible de conduire un véhicule, de faire des activités potentiellement dangereuses ou d'utiliser des machines, vous devez évaluer au préalable votre propre réaction au traitement par ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable.

Vous ne devez pas dépasser la dose recommandée. Ce médicament contient du lactose

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Comment prendre ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou de votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou de votre pharmacien en cas de doute.

Ces instructions doivent être suivies sauf si votre médecin vous a donné des instructions différentes.

Adultes et adolescents : La dose recommandée est de 10 mg une fois par jour.

Ce médicament existe sous d'autres formes pouvant être plus appropriées pour les enfants, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

Enfants de 6 à 12 ans :

La dose recommandée est de 5 mg deux fois par jour, soit un demi comprimé deux fois par jour. D'autres formes de ce médicament peuvent mieux convenir à l'usage chez l'enfant ; demandez à votre médecin ou pharmacien.

Insuffisance rénale :

Chez les patients ayant une insuffisance rénale modérée, la dose recommandée est de 5 mg une fois par jour.

Si vous souffrez d'une maladie grave du rein, veuillez contacter votre médecin qui pourra adapter la dose en conséquence.

Si votre enfant souffre d'une maladie du rein, veuillez contacter votre médecin qui pourra adapter la dose en fonction des besoins de votre enfant.

Si vous pensez que l'effet d'ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable est trop faible ou trop fort, consultez votre médecin.

Durée du traitement :

La durée du traitement dépend du type, de la durée et de l'évolution de vos symptômes et est déterminée par votre médecin.

Si vous avez pris plus d'ALER-Z[®] 10 mg comprimé pelliculé sécable que vous n'auriez dû. Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Votre médecin décidera alors, si nécessaire, des mesures à prendre.

En cas de surdosage, les effets indésirables décrits ci-dessous peuvent apparaître avec une intensité augmentée. Des effets indésirables tels que confusion, diarrhée, sensations vertigineuses, fatigue, céphalée, sensation de malaise, dilatation des pupilles, démaignaison, agitation, sédation, somnolence (envie de dormir), stupeur, augmentation anormale du rythme cardiaque, tremblements et rétention urinaire (difficulté à vider complètement la vessie) ont été rapportés.

Si vous oubliez de prendre ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous arrêtez de prendre ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable

Rarement, une réapparition du prurit (démangeaisons intenses) et/ou de l'urticaire est susceptible de se produire si vous arrêtez de prendre ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

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

Les effets indésirables suivants sont rares ou très rares ; cependant, en cas d'apparition, vous devez arrêter immédiatement votre traitement et consulter votre médecin :

- Réactions allergiques, y compris réactions graves et angioedème (réaction allergique grave provoquant un gonflement du visage et de la gorge).
- Ces réactions peuvent apparaître immédiatement après la première prise du médicament ou de façon retardée.

Effets indésirables fréquents (peut concerner jusqu'à 1 patient sur 10)

ONIFINE® 250 mg



(Chlorhydrate de Terbinafine)



nt de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
re.

ations à votre medecin ou à votre pharmacien.

le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur etre nocif, meme si les signes de leur maladie sont identiques aux

marquez un effet indesirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre medecin ou à votre pharmacien.

lisé ?

Onifine® 250 mg ?

5. Comment conserver Onifine® 250 mg ?

6. Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE ONIFINE® 250 MG ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Antifongique à usage systémique

Onifine® 250 mg est indiqué dans le traitement des :

- Onychomycoses.
- Dermatophyties cutanées (notamment dermatophytie de la peau glabre, kératodermie palmoplantaire, intertrigo interdigitoplantaire).
- Candidoses cutanées

Lorsque ces 2 dernières infections ne peuvent être traitées localement du fait de l'étendue des lésions ou de la résistance aux traitements antifongiques habituels. La terbinafine administrée per os est inefficace dans le Pityriasis versicolor et les candidoses vaginales.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ONIFINE® 250 MG ?

Ne prenez jamais Onifine® 250 mg en cas de :

- Hypersensibilité connue à la terbinafine ou à l'un des excipients.
- Insuffisance hépatique sévère.
- Insuffisance rénale sévère.

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

Faites attention avec Onifine® 250 mg :

Avant d'instaurer un traitement par la terbinafine, il convient de rechercher une éventuelle pathologie hépatique. Une atteinte hépatique peut survenir chez des patients avec ou sans maladie hépatique préexistante.

Il convient donc, avant toute institution du traitement, d'informer clairement le patient de la nécessité d'arrêter immédiatement le traitement et de consulter le plus rapidement possible un médecin ou un service d'urgences en cas de survenue de symptômes tels que fièvre, angine ou autre infection, atteinte cutanée rapidement extensive, disséminée ou touchant les muqueuses, prurit, asthénie importante, urines foncées, selles décolorées, ictère.

Altération de la fonction rénale : commencer le traitement à dose plus faible en raison de la modification de la vitesse d'élimination du produit.

Enfant : en l'absence d'études spécifiques, l'utilisation de la terbinafine par voie orale n'est pas recommandée.

Dans de rares cas, ce médicament peut provoquer une altération ou une perte réversible du goût ; le traitement par la terbinafine est déconseillé chez les personnes utilisant leurs facultés gustatives à des fins professionnelles.

Interactions médicamenteuses nécessitant des précautions d'emploi :

Terbinafine + rifampicine : diminution des taux plasmatiques de terbinafine par augmentation de sa clairance plasmatique.

La propafénone, le flécaïne et le métoprolol (lorsqu'il est donné dans l'insuffisance cardiaque) : leur taux sérique tend à être augmenté et une adaptation posologique peut être

DIPROSONE® 0,05 % crème



Rétaméthasone

DIPROSONE 0,05 %
crème ○

0,0 % كريم



6 118000 050216

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUMAZZA Région Rabat
LOT : 177
PER : SEP 2026
PPV : 30 DH 40

1. QU'EST-CE QUE DIPROSONE 0,05 %, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : DERMOCORTICOÏDE (D. Dermatologie) - code ATC : D07AC01

DIPROSONE est destiné à l'usage cutané uniquement.

Ce médicament est un corticoïde local d'activité forte.

Il 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.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSONE 0,05 %, crème ?

N'utilisez jamais DIPROSONE 0,05 %, crème dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
- lésions ulcérées,
- acné,
- rosacée,
- maladies infectieuses de la peau d'origine virale (herpès, zona, varicelle...), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dues à des champignons microscopiques) ou parasitaire,
- application sur les paupières.

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

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant d'utiliser DIPROSONE 0,05

des informations importantes pour vous.

Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux

macien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans

bute.

La posologie est de 1 à 2 applications par jour en couche mince, suivies d'un léger massage.

Ne pas augmenter le nombre d'applications par jour.

Mode et voie d'administration

voie cutanée.

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

Se laver les mains immédiatement après l'application sauf si vous utilisez la crème pour traiter vos mains.

Fréquence d'administration

1 à 2 applications par jour selon l'ordonnance de votre médecin.

Durée du traitement

L'arrêt du traitement se fera de façon progressive, en espaçant les applications et/ou en utilisant un corticoïde moins fort ou moins dosé.

Respecter strictement l'ordonnance de votre médecin et ne pas prolonger le traitement.

Si vous avez utilisé plus de DIPROSONE 0,05 %, crème que vous n'auriez dû

Utilisez toujours DIPROSONE 0,05 %, crème, comme votre médecin vous l'a indiqué. Si vous avez accidentellement appliqué plus de DIPROSONE 0,05 %, crème, que prescrit par votre médecin, ne vous inquiétez pas mais évitez de le reproduire. L'utilisation excessive ou prolongée des corticoïdes locaux peut être à l'origine de manifestations d'hypercorticisme, incluant la maladie de Cushing.

Traitement : un traitement symptomatique approprié est indiqué.

Si vous oubliez d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, crème

N'appliquez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié d'appliquer.

Si vous arrêtez d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, crème

Sans objet.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

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

En cas d'utilisation prolongée, il y a risque d'amincissement et de fragilité de la peau, dilatation de petits vaisseaux sanguins, vergetures,ousse d'acné

ONIFINE® 1% Crème

Chlorhydrate de terbinafine

COMP concernée, suivie d'un massage léger.

Principe :

Terbinafine

Excipient

N-méthyle

Parahydroxy

Excipient

Alcool

LOT : 081

PER : JAN 2027

PPV : 54 DH 20

1g

que, Cétomacrogol 1000, Poloxamère 407, Paraffine liquide, Vaseline blanche, Diméthicone, Parahydroxybenzoate de méthyle, sodium, Hydroxyde de sodium, Acide citrique monohydraté, Eau purifiée.

de méthyle, Parahydroxybenzoate de propyle

FORMES ET PRESENTATIONS:

Crème, tubes de 15 et 30g.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE:

Antifongique Topique

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

ONIFINE® 1% crème est indiqué dans le traitement :

Dermatophyties :

Traitement :

- dermatophyties de la peau glabre,
- intertrigos génitaux et cruraux,
- intertrigos des orteils.

Candidoses :

Les candidoses cutanées rencontrées en clinique humaine sont habituellement dues à *Candida albicans*. Cependant, la mise en évidence d'un candida sur la peau ne peut constituer en soi une indication.

Traitement :

- intertrigos, en particulier génito-cruraux, anaux et périanaux,
- perlèche,
- vulvite, balanite.
- Traitement d'appoint des onyxis et périonyxis.

Dans certains cas, il est recommandé de traiter simultanément le tube digestif.

Pityriasis versicolor.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Posologie :

La durée du traitement est fonction de la pathologie.

L'évaluation de l'effet thérapeutique se fera 4 à 6 semaines après la fin du traitement.

- Intertrigos inter-orteils à dermatophytes : 1 application par jour pendant 1 semaine.
- Dermatophyties et candidoses cutanées : 1 application par jour pendant 1 semaine.

ONIFINE® 1% Crème

Chlorhydrate de terbinafine

suivie d'un massage léger. 1g

LOT : 079

PER : DEC 2026

PPV : 54 DH 20

ique, Cétomacrogol 1000, Poloxamère 407, Paraffine liquide, Vaseline blanche, Diméthicone, Parahydroxybenzoate de méthyle, e sodium, Hydroxyde de sodium, Acide citrique monohydraté, Eau purifiée.

e de méthyle, Parahydroxybenzoate de propyle

Crème, tubes de 15 et 50g.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE:

Antifongique Topique

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

ONIFINE® 1% crème est indiqué dans le traitement :

Dermatophyties :

Traitement :

- dermatophyties de la peau glabre,
- intertrigos génitaux et cruraux,
- intertrigos des orteils.

Candidoses :Les candidoses cutanées rencontrées en clinique humaine sont habituellement dues à *Candida albicans*. Cependant, la mise en évidence d'un candida sur la peau ne peut constituer en soi une indication.

Traitement :

- intertrigos, en particulier génito-cruraux, anaux et périnaux,
 - perlèche,
 - vulvite, balanite.
 - Traitement d'appoint des onyxis et périonyxis.
- Dans certains cas, il est recommandé de traiter simultanément le tube digestif.

Pityriasis versicolor.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**Posologie :**

La durée du traitement est fonction de la pathologie.

L'évaluation de l'effet thérapeutique se fera 4 à 6 semaines après la fin du traitement.

- Intertrigos inter-orteils à dermatophytes : 1 application par jour pendant 1 semaine.
- Dermatophyties et candidoses cutanées : 1 application par jour pendant 1 semaine.

DERMASEPT®

pH8 GEL LAVANT



DERMASEPT®
pH8 GEL LAVANT



6 111263 060152

LOT: 0988
EXP: 04/26
PPC: 79.50DH

FO
So
Po
De
0,1
Ge
alc
my
en
me
ab
les
Ge
ap

Fabrication au Maroc par les Laboratoires MEDIPRO PHARMA - Casablanca.
Autorisation Ministère de la santé N° : 201032019/UPCHC/DMP20

il et 250 ml. **COMPOSITION :** Aqua,
Coco glucoside, Decyl glucoside,
Cetyl cocoate, Parfum, Benzyl alcohol,
(18472-51-0), Benzalkonium chloride
UTILISATION : DERMASEPT® pH8
tiques, spécialement formulée pour
vaginales pouvant être liées à des
en gynécologie, en dermatologie et
ne. 1 à 2 applications par jour. Faire
ment mouillées, laisser agir et rincer
ne pas avaler. Éviter tout contact avec
pas utiliser **DERMASEPT® pH8**
nts. Veillez à bien fermer le flacon
conserver à température ambiante.

DERMASEPT®

Gamme complète pour l'antisepsie, l'hygiène et la cicatrisation
de la peau et des muqueuses

Les produits de la gamme **DERMASEPT®** sont conçus selon les normes de Bonnes Pratiques de Fabrication (**BPF**), dans le strict respect d'une charte de formulation rigoureuse, garantissant tolérance, efficacité et confort d'utilisation.

La gamme **DERMASEPT®** propose un large choix de produits qui répondent aux principales problématiques pouvant affecter la peau et les muqueuses :

- **DERMASEPT® Gel lavant** et **DERMASEPT® pH8 Gel lavant** : pour l'hygiène de la peau et des muqueuses.
- **DERMASEPT® Spray** et **DERMASEPT® Crème antiseptique** : pour l'antisepsie des plaies infectées ou susceptibles d'être infectées.
- **DERMASEPT Cica® Crème Cicatrisante** et **DERMASEPT Cica® Poudre Cicatrisante** : pour la cicatrisation des plaies et des lésions cutanées.



DERMASEPT®
Spray solution
Flacon 125 ml

DERMASEPT®
Crème
antiseptique
Tube 30g

DERMASEPT®
Gel lavant
Flacon 125 ml
Flacon 250 ml

DERMASEPT®
pH8 Gel lavant
Flacon 125 ml
Flacon 250 ml

DERMASEPT CICA®
Crème cicatrisant
Tube 30g

123

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"**Docteur Mohamed BENAZZOUZ****Pharmacien Biologiste**

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com**ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_labo : 093001394- IF : 51485800****FACTURE****Casablanca , le 29/03/2024****Facture N° 280324-009 du 28/03/2024****MUPRAS****Dr : TIRHAZOUINE IMANE**

N°Bon de soin

Mle

Patient :Mr MOBARAK MOHAMED YACINE

Analyses	Valeur en B	Montant
Rendez-vous	0	0,00
HEMOGRAMME:valeurs correspondantes à l'âge	80	88,00
GLYCEMIE	30	33,00
CHOLESTEROL TOTAL	30	33,00
TRIGLYCERIDES	60	66,00
SGOT/ASAT aspartate aminotransférase	50	55,00
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase :	50	55,00
Total B	300	330,00
APB	1,0	11,51
Total		341,51

Arrêtée la présente facture à la somme de :**Trois cent quarante-et-un dirhams 51 centimes*****

Laboratoire Genelab
Oum Rabiaâ
M BENAZZOUZ
Rce. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casa
el 05 22 93 10 60/61-Fax : 05 22 93 10 6
Patente : 35051078
ICE 001084109000068 - INPE : 0971639
IF : 51485800



Dr. Imane TIRHAZOUINE
د. إيمان تيزغزوين

- Dermatologie - vénéréologie
- Allergologie
- Chirurgie de la peau et des Ongles
- Dermatologie Esthétique
- Laser

- اختصاصية
- في امراض الجلد و الشعر و الاظافر
- الامراض التناسلية حساسية الجلد
- جراحة الجلد و الاظافر
- الطب التجميلي الليزر

casablanca le 24/03/2014

M^{re} Mobarak Moham Yacine

- 1) - NFS, Pq
- 2) - ASAT, DAT
- 3) - Glycémie à jeun
- 4) - Ch. TG

Laboratoire GENELAB "Oum Rabii"
280324-009



MOBARAK MOHAMED YACINE
D.N : 10/05/1976

t +212 5 22 90 54 63 e imane_tr@hotmail.com

344, Bd Oued Daoura, Lot Haj Fateh - Oulfa
Casablanca - Maroc



مختبر التحليلات الطبية جينالاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale GèneLab
"Oum Rabiâh"

Dr. Mohamed BENAZOUZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي



Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : TIRHAZOUINE IMANE

344, Bd Oued Daours, 1er Etage Lot Haj Fatch-Oulfa Casablanca

Tél : 0522905463 Fax :
Casablanca
Edité le : 29/03/2024



Mr MOBARAK MOHAMED YACINE

Date naissance: 10/05/1976

Code Patient : 24-01918

Dossier créé le : 28/03/2024

Patient prélevé le : 28/03/2024

INPEGENELAB : 093001394

INPE No : 097163968

IF : 51485800

Réf : 280324-009

Heure création: 10:01

Heure Plvt : 10:15

Page : 1/2

ANALYSES D'HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

HEMOGRAMME : Les Valeurs Usuelles sont exprimées en fonction du sexe et de l'âge du patient (mise à jour 2016)

(Système XN1000 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))

Globules rouges	:	5,0	10 ⁶ /mm ³	(4,28 - 6)
Hémoglobine	:	14,5	g/dl	(13 - 18)
Hématocrite	:	41,30	%	(39 - 49)
VGM	:	82,30	μ ³	(78 - 98)
TCMH	:	28,90	pg	(26 - 34)
CCMH	:	35,10	g/L	(31 - 36)
DRW	:	11,60	%	(12 - 16)
Globules blancs	:	6370	mm ³	(4000 - 11000)
Formule sanguine	:			
Neutrophiles	:	47,4	%	(1400 - 7700)
Eosinophiles	:	3,6	%	(20 - 630)
Basophiles	:	0,3	%	(Inférieur à 110)
Lymphocytes	:	41,3	%	(1000 - 4800)
Monocytes	:	7,4	%	(180 - 1000)
Plaquettes	:	251	10 ⁹ /mm ³	(150 - 400)
Etude du frottis sur lame	:	-		
REMARQUE	:	-		
COMMENTAIRE	:	-		

Laboratoire GèneLab
Oum Rabiâh
M. BENAZOUZ
Rue Abouab Oum Rabiâh B.C. Casablanca
Tél : 05 22 93 12 80 / 05 22 93 12 81
Fax : 05 22 93 12 82
ICE : 0010841090000088

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (*) = paramètre accrédité

شارع أم الربيع - الدار البيضاء - مسارات - إقامة أبواب أم الربيع - مسارات - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiâh - El Oufia - (en face siège R.A.M.) - Résidence Abouab Oum Rabiâh, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 0010841090000088 - ت.م - Patente : 35051078 - البانكا - Fax : 05 22 93 10 81

E-mail : geneLab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - GSM Whatsapp : 06 76 84 52 62 - Site web : www.geneLab.ma

Mr MOBARAK MOHAMED YACINE

Dossier N° : 280324-009

Page : 2/2

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

GLYCEMIE			Valcurs Usuelles	Antériorité
(Beckman Coulter AU480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))	: 0,97	g/l	(0,74 - 1,06)	
CHOLESTEROL TOTAL	: 5,38	mmol/l	(4,11 - 5,88)	
	: 2,12	g/l	(Inférieur à 2)	
	: 5,47	mmol/l	(Inférieur à 5,16)	

NB : Le seuil de Cholestérol Total
recommandé : est < 2,6
limite supérieure tolérée : 2-2,3
Nécessaire > 2,4

TRIGLYCERIDES				
(Beckman Coulter AU 480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))	: 0,69	g/l	(Inférieur à 1,5)	
	: 0,79	mmol/l	(Inférieur à 1,71)	

NB : Le prélèvement a été réalisé après s'être assuré des bonnes conditions de prélèvement.

Cependant, nous tenons à rappeler que le non-respect strict du délai de jeûne, peut (chez certaines personnes prédisposées) donner des valeurs élevées, significatives en comparaison avec l'historique du patient de :

- Triglycérides. (**)
- Cholestérol total (+/-).

A savoir :

- * Régime normo-lipidique durant les 3 jours qui précèdent le prélèvement
- * Un jeûne d'au moins 12 h

SGOT/ASAT aspartate aminotransférase	: 23,23	U/L	(Inférieur à 50)
(Beckman Coulter AU 480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))			

SGPT/ALAT alanine-aminotransférase :	: 15,47	U/L	(Inférieur à 50)
(Cinétique UV/Beckman Coulter AU480)			

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

A:h/P:l
V:l/B:L:

Biologiste assistant

Dr Y. Bellamine

LABORATOIRE GENE LAB
Oum Rabiaa
M. BENAZZOUZ

Rés. Abouab Oum Rabiaa EL Oulfa - CASA
Tél : 05 22 93 10 61 / Fax : 05 22 93 10 61
P.T : 35051078 - I.C.E : 001084109000068

Laboratoire GENE LAB
Oum Rabiaa
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaa EL Oulfa - Casa
Tél : 05 22 93 10 61 / Fax : 05 22 93 10 61
P.T : 35051078 - I.C.E : 001084109000068

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (*) = paramètre accrédité

تسارح أم الربيع، (أسوار مقر الخطوط الملكية المغربية) إقامة أبراب أم الربيع، غماراتس - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaa - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaa, Iren, "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م - Patente : 35051078 - البتاتا - Fax : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - GSM Whatsapp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.genelab.ma



N°: MCI/CAAA04/2019
NM ISO 15 189

مختبر التحليلات الطبية جينلاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale GèneLab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحصائي



Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

- Prière de vérifier vos données :
 - Nom et prénom
 - Date de naissance
 - Numéro de téléphone
- Nous vous rappelons que le changement de date sur les mutuelles et assurances est interdit par la loi
- Horaires d'ouvertures:
 - Lundi au vendredi : 07h30 - 18h45
 - Samedi : 07h30 - 13h00

Bd Oum Rabiaâ-Eloulfa-(en face siège RAM)
imm"C"-Casablanca

Tel : 0522931060 Fax : 0522931061

Whatsapp : 0676845202



**Vous pouvez récupérer vos résultats à distance
(Valable pour les dossiers totalement soldés) soit par:**

- QR code via votre téléphone
- www.genelab.ma

Dossier: **280324-009**



**Patient :Mr MOBARAK MOHAME
YACINE**

Date naissance: 10/05/1976

Tel : / 0661130377

Médecin Dr. : TIRHAZOUINE IMANE

Prélèvement du: 28/03/2024 10:01

Promis le : 29/03/2024 13:00

Total 300,00

Mt déjà réglé: 150,00

Reste à payer: 150,00

Analyses : NFS/GLY/CT/TRI/GOT/GPT