

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2762 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAOUDI ALI

Date de naissance :

Adresse : HOG EL MASSIRAH Imm 4 N° 9

Tél. : 0672 062691 Total des frais engagés : 506,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/03/2019

Nom et prénom du malade : SAOUDI ALI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Problème digestif

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 : Colo

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/03/2019

## 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
25/03 du 25/03/10	C	A		DR MERTZ - GASTRO - ETC INPE: 0017683 28.03.2007 22:29 BRAZIL - GASTRO - ETC 2007-03-28 22:29:00
	C	A		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE RÉSIDENCE 2011</b> Pharmacie Directeur et Pharmacien : Résidence Annexe Oukab 2289 43 09 - Casablanca <b>050293</b>	25/03/24	179,10 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

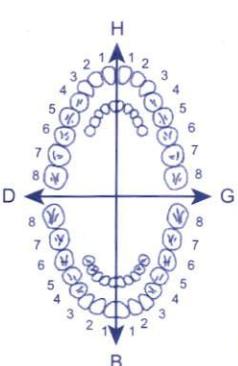
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### [Création, remont, adjonction]

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SPÉCIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif  
foie-estomac-intestin-vesicule biliaire  
hémorroïdes-fissure-fistule  
Diplômée de la faculté de médecine de casablanca  
Membre de la société nationale  
française de gastro-entérologie  
Echographie-gastroscopie-coloscopie  
Proctologie médicale et chirurgicale



إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد-المعدة-المريء-الأمعاء  
البواسير-أمراض المخرج  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي  
الفحص بالصدى الشخصي بالمنظار  
جراحة المخرج

Casablanca, le : 25/03/2014

Maphar  
Bd Alkamilia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tiorfan 100 mg gélule b20  
P.P.V : 99,60 DH  
6 118001 184903

MR Se au di ali

79,50  
1/ carbofuran S.P. (S)  
99,60 2c p-x 20h (70)  
2/ tiofuran 1c p-x 20h (70)  
79,10 20h 05h (70)

PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM  
Sidi Bernoussi  
Docteur in pharmacie  
Résidence Annaïm - Oulfa  
28, lot 289 43 09 - Casablanca



**CARBOFLORE-GS**  
کاربوفلور-جس

CONFORT INTESTINAL

Produit fabriqué en France par :  
Laboratoire Technologique d'Extraction Végétale  
Le Chancolan - 69 770 LONGESSAIGN  
pour les Laboratoires Génération Santé  
7, Bd Moulay Youssef - Casablanca - Maroc

SPÉCIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif  
 foie-estomac-intestin-vesicule biliaire  
 hémorroïdes-fissure-fistule  
 Diplomée de la faculté de médecine de casablanca  
 Membre de la société nationale  
 française de gastro-entérologie  
 Echographie-gastroscopie-coloscopie  
 Proctologie médicale et chirurgicale

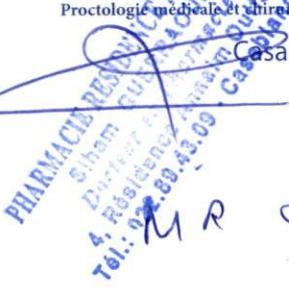
إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي  
 الكبد-المعدة-المراة-الأمعاء  
 البواسير-أمراض المخرج  
 خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
 عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي  
 الفحص بالصدى للحصص بالمنظار  
 جراحة المخرج



Casablanca, le :

12/04/14



MR

Seoudi Ali

78.37

N-onyc 50 mg S

249.00

1 CP 1/7 7/17 Mid

L/

P glyco S.P

1 CP x 1/7

T = 327.1301 H

S

Dr. Meriem EL OUARDI  
 28 Lot Selouane, 1er etage N°3, oulfa hay hassani 20220 - Casablanca  
 Tél : +212 (0) 5 22 90 72 98 / Whatsapp: 06 64 49 95 23 / E-mail: cabinet.elouardi@gmail.com

N° CE: 20212103564/V1/DMP/CA/18  
N° Lot : 32CPM001  
F. b : AUG . 2023  
Exp : JUL . 2025  
PPC : 249.00 MAD

# NOMYC®

Fluconazole

## COMPOSITIONS

### NOMYC 50 mg

• Fluconazole (DCI) ..... **p. gélule** 50,00 mg

Excipients : q.s.

### NOMYC 150 mg

• Fluconazole (DCI) ..... **p. gélule** 150,00 mg

Excipients : q.s.

## FORMES ET PRÉSENTATIONS

- Gélule dosée à 50 mg de fluconazole : Boîte de 7 gélules.
- Gélule dosée à 150 mg de fluconazole : Boîte unitaire, 2 et 4 gélules.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antifongique triazole.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

NOMYC est indiqué dans le traitement :

- Des candidoses vaginales et périnéales, aiguës et récidivantes.
- Des balanites candidosiques.
- Des dermo épidermomescoses incluant les tinea pedis (Intertrigo interorteils), les tinea corporis (Herpès circiné), les tinea cruris (Intertrigo) et les candidoses cutanées.
- Des onychomycoses (tinea unguum).
- Des candidoses oropharyngées, notamment chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA).
- Des candidoses buccales atrophiques.
- Des cryptococcoses neuromeningées.
- **Traitement d'attaque** : son efficacité a été démontrée principalement chez les patients atteints du SIDA.
- Le fluconazole est également indiqué dans le traitement d'entretien des cryptococcoses chez les patients atteints du SIDA. Il doit alors être prescrit indéfiniment.
- Des candidoses systémiques incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), les candidoses œsophagiennes et les candidoses urinaires.
- De la prophylaxie des infections fongiques chez les patients présentant une affection maligne et qui sont prédisposés à ce genre d'infections suite à la chimiothérapie cytotoxique et à la radiothérapie.

## CONTRE-INDICATIONS

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

- Hypersensibilité au fluconazole et aux dérivés azotés apparentés,
- Association au Cisapride,
- Femme enceinte ou qui allaite.
- Enfant : les données disponibles sont trop limitées pour recommander son emploi.

*En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.*

## POSLOGIES

Les doses recommandées varient selon le type de l'infection et les conditions particulières de chaque patient.

• **Candidoses vaginales** : le fluconazole est prescrit en une dose unique de 150 mg.

Le traitement doit continuer jusqu'à ce que les analyses du laboratoire et les paramètres cliniques prouvent que l'infection fongique est contrôlée, et sa durée doit être de telle sorte à éviter une récurrence de l'infection.

• **Balanites** : Une dose de 150 mg de fluconazole est administrée en une seule prise.

• **Candidoses oro-pharyngées** : La dose habituelle est de 50 à 100 mg de fluconazole une fois par jour pendant 7 à 14 jours.

Il est parfois nécessaire de prolonger le traitement avec la même dose notamment chez les patients immunodéprimés.

• **Candidoses urinaires** : 100 à 200 mg par jour. La durée du traitement est en fonction de la réponse clinique.

• Pour les candidémies, les candidoses disséminées et les autres candidoses invasives : La dose habituelle est de 400 mg le premier jour et de 200 mg par jour les jours suivants. En fonction de la réponse clinique, la dose peut être augmentée à 400 mg par jour. La durée du traitement dépendra de la réponse clinique.

• **Méningites cryptococciques et les autres cryptococcoses** : La dose unique de 400 mg le premier jour et de 200 à 400 mg par jour les jours suivants. La durée de traitement est de 6 à 8

• **Dermo-épidermomescoses** incluant tinea pedis (Intertrigo interorteil) et les candidoses cutanées : la dose recommandée est de 1 à 4 semaines. Pour Tinea Pedis, le traitement peut être prolongé à 6 semaines.

• **Les Onychomycoses (Tinea unguum)** : la dose recommandée est de 1 devra se poursuivre jusqu'au remplacement des ongles infectés grâce à la cr

## EFFETS INDÉSIRABLES

- Le Fluconazole est en général bien toléré. Les effets gastro-intestinaux et couramment rencontrés.

- Les troubles gastro-intestinaux comportant des nausées, des douleurs abdominales ont été associées au fluconazole.

- Des céphalées ont été associées au fluconazole.

- Effets allergiques et cutanés : rashes, réactions sévères à type Johnson, syndrome de Lyell en particulier au cours du SIDA), réact

- Effets hépatiques : augmentation des transaminases hépatiques, g

- atteintes hépatiques sévères, éventuellement associées à des

- parfois fatal, ont été exceptionnellement rapportées.

*Signalez à votre médecin ou à votre pharmacien tout effet non attendu dans cette notice.*

## CONSERVATION

Conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

## CONDITION DE DELIVRANCE

Tableau A.



Zone industrielle, Ouest Aïn Han

Route Régionale N° 322 (ex R.S

Km 12.400 - Aïn Harrouda 28 630 Mohamm

500695h

IMPRIMELE 08/18

**NOMYC® 50 mg**

7 gélules



6 118000 071037

783

500695