

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

- 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° M21- 0026534

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres


Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2762 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 202239
 Nom & Prénom : SAOUDI ALI
 Date de naissance :
 Adresse : HOUEL MASSIRA Imm 4 n°9
 Tél. : 0672 042691 Total des frais engagés : 506,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 25/03/2024
 Nom et prénom du malade : Saoudi Ali Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pathologie digestive
 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 : Casa Le : 25/03/24
 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
25/03	C			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/03/24

179.10 DH

25/04/24

327.30 DH

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

AM

PC

IM

IV

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 :

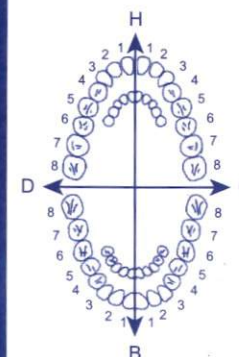
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meriem EL OUARDI

الدكتورة مريم الوري

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



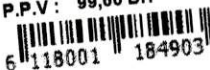
إختصاصية

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

Casablanca, le : 25/03/2014

MR Seoudi el

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tiorfen 100 mg gelule b20
P.P.V : 99,60 DH



79,60

1

Carbop

S.P

NS

99,60

2

Tiorfen

2c po 2/2h

(7j)

1c po 2/2h

NS

20h

(7j)

179,60 DH

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Sidi Bernoussi - Casablanca
Docteur El Ouardi
4, Residence Anaim - Oulfa
Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr Meriem EL OUARDI
Hépatite - Gastro - entérologie
28, bd moulaya oulfa hay hassani 20220 - Casablanca
Tél: 05 22 90 72 98 INPE: 0911-6387

Platinum center, 28 Lot Selouane, 1er étage N°3 bd moulaya 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

A consommer de préférence avant fin / Lot n°:

05/2026

0328103

PPC 79,50 DH

CARBOFLORE-GS

كاربوفلور - ج س

CONFORT INTESTINAL

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

Dr. Meriem EL OUARDI

الدكتورة مريم الورضي

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-gastrosopie-coloscopie

Proctologie médicale et chirurgicale

إختصاصية

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-المعدة-المرارة-الأمعاء

البواسير-أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالصدى الفحص بالمنظار

جراحة المخرج



Casablanca, le : 12/04/24

Mr Saoudi el

78.37

N-amyc 50 mg

249.00

1 c p / j / 7 j

Pylamox

1 c p x 2 j

14/04/24

327130H

N° CE: 20212103564/V1/DMP/CA/18
N° Lot: 92CFM001
Fab: AUG.2023
Exp: JUL.2025
PPC: 249.00 MAD

NOMYC®

Fluconazole

COMPOSITIONS

NOMYC 50 mg

• Fluconazole (DCI) 50,00 mg

Excipients : q.s.

NOMYC 150 mg

• Fluconazole (DCI) 150,00 mg

Excipients : q.s.

FORMES ET PRESENTATIONS

- 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 triazolé.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

NOMYC est indiqué dans le traitement :

- Des candidoses vaginales et périnéales, aiguës et récidivantes.
- Des balanites candidosiques.
- Des dermo épidermomycoses incluant le tinea pedis (Intertrigo interorteils), les tinea corporis (Herpès circiné), les tinea cruris (Intertrigo) et les candidoses cutanées.
- Des onychomycoses (tinea unguium).
- 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.

POSOLOGIES

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 urinales** : 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 habituelle est 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 semaines.
- **Dermo-épidermomycoses incluant tinea pedis (intertrigo interorteils) et les candidoses cutanées** : la dose recommandée est de 150 mg par jour pendant 4 à 6 semaines. Pour Tinea Pedis, le traitement peut être prolongé à 6 semaines.
- **Les Onychomycoses (Tinea unguium)** : la dose recommandée est de 150 mg par jour pendant 6 semaines. Le traitement doit être poursuivi jusqu'au remplacement des ongles infectés grâce à la croissance de l'ongle sain.

EFFETS INDESIRABLES

- Le Fluconazole est en général bien toléré. Les effets gastro-intestinaux et couramment rencontrés.
- Les troubles gastro-intestinaux comportant des nausées, des douleurs abdominales.
- Des céphalées ont été associées au fluconazole.
- Effets allergiques et cutanés : rashes, réactions sévères à type de Johnson, syndrome de Lyell en particulier au cours de SIDA, réaction érythémateuse.
- Effets hépatiques : augmentation des transaminases hépatiques, atteintes hépatiques sévères, éventuellement associées à des atteintes rénales, ont été exceptionnellement rapportées.

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

CONSERVATION

Conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

CONDITION DE DELIVRANCE

Tableau A.



Zone industrielle, Ouest Ain Harrouda
Route Régionale N° 322 (ex R.S.)
Km 12.400 - Ain Harrouda 28 630 Mohammed El Bechir

NOMYC® 50 mg

7 gélules



6 118000 071037

78,30

500695h

IMPRIMERIE OASIS