

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

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 Alial 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

HIBRAHINI Mohamed

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008543

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HIBRAHINI Med

Date de naissance :

Adresse : 47 MUSTapha el MANZARANE

Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés :

Dhs

MUPRAS		Adresse réservé au Médecin
		Cachet du médecin : 03 JUL 2019
		ACCUEIL
		Date de consultation : 03 JUL 2019
Nom et prénom du malade : HIBRAHINI Mohamed		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Paler, Anorexie, Amalga		
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 3/7/2019

Le : 3/7/2019

Signature de l'adhérent(e) : HIBRAHINI Mohamed

HIBRAHINI Mohamed

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
14 JUIN 2019	V		150,00 D	DI ZEMMAM 45 Bd Bir Anz 25/03/1998 C GSM 0601 14 99 86 Fax 05 22 25 13 00 mail 2012@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
14/07/2019 PHARMACIE ROUDANI Mme LABBAR Khadja Ep. MLY 16, Bd Brahim Roudani Vers MLY Maârif, Casablanca Tel. 0527.27.23.85 - 05 22 21 12 24	الروداني Date PHARMACIE ROUDANI Mme LABBAR Khadja Ep. MLY 16, Bd Brahim Roudani Vers MLY Maârif, Casablanca Tel. 0527.27.23.85 - 05 22 21 12 24	Montant de la Facture 87,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

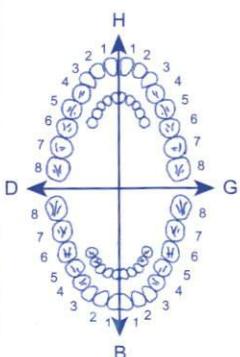
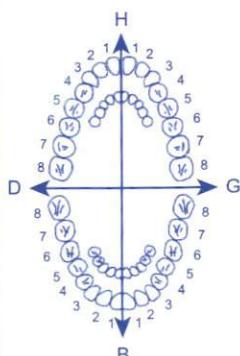
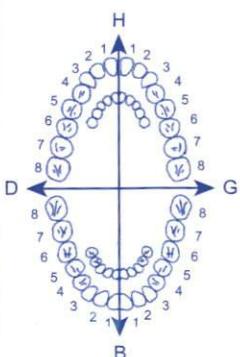
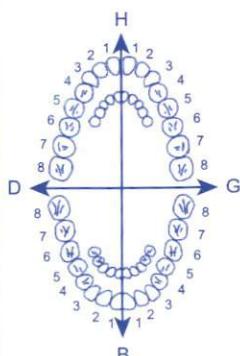
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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

Dr Zemmama Omar Lotfi

LAUREAT DE LA FACULTE

DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زماممة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le 14 JUIN 2019

Dr. IBRAHIMI

الدار البيضاء في
Dar el baima

~~Dermogix~~
~~1 APP 2x5~~

87,30

صيدلية الرودانى
PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

Dr ZEMMAMA O LOTFI
45 Bd Bir Anzarane
C 05 22 25 03 73
GSM 06 61 14 99 86
F 2x 05 22 25 13 00
31/12/2012 live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

TEL : 05 22 25 03 73

Fax : 05 22 25 13 00

GSM : 06 61 14 99 86

E-mail : zol2@live.fr

45، شارع بئر أنزاران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
الفاكس : 05 22 25 13 00
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

دروموفيكس® دهن

ستاتاكونازول

2 غ

100 غ

تركيز :

ستاتاكونازول نترات سواع كافي من أجل

(يحتوى على 218 و أسيد سوربيك)

خاصيات :

مضاد جديد للغطور لاستعمال خارجي، متوفى على مفعول واسع في الحالات الآتية :

- خميرة مرضية (كانديدا ألبكانتس، طروبيكاليس، بتروسيبوروم أركوكلاري)

- طفيلييات الجلد (طيفيكوطون، إبيدرووفطون و مكروسيبوروم)

- غطور خطيبة مثل أسيبريجيلوس

- جراثيم مقاومة لمضادات للغطور أخرى

- جراثيم غرام (+) مثل سطافيلوكوك و سطريتوكوك

دواعي الاستعمال :

معالجه موضعية لللطار الجلدي السطحي مثل طفيلييات الجلد، أرجل الرياضيين، إكزيما و قوباء، كانديدا.

تأثيرات جانبية :

يعتبر ستاتاكونازول كمادة غير خطيرة و مقبولة من طرف الجسد، لم تلاحظ أي حالة حساسية أو تسمم. يمكن حدوث طفح بسيط في بداية المعالجة لا يجب أن يؤدي إلى توقيف العلاج.

حالات خاصة للاستعمال :

لا يجوز استعمال دروموفيكس فوق الأعين، رغم استعمال كميات كبيرة فوق الجلد. لم يلاحظ وجود الدواء في الدم. رغم عن هذا لم يثبت عدم خطره التام عند الرضيع والمرأة الحامل أو المرضعة.

مقاييس و طريقة الاستعمال :

عن طريق الجلد.

استعملوا الدهن مرة في اليوم، من الأفضل في المساء، أو مرتين (صباحاً ومساءً) وبصفة خفيفة ومتوازنة، مع تطبيق الدهن على المنطقة التي يجب معالجتها وتجاوز سنتمر واحد حولها.

مدة المعالجة تتغير حسب نوعية سبب المرض وموقعه. عامة، يرشد باربعة أسابيع للوصول إلى شفاء كامل وتجنب أي انتكاس، مع العلم أن الشفاء يمكن أن يتquin بعد 2 إلى 4 أسابيع.

أشكال و تقديمات أخرى :

دروموفيكس® دهن 2% أنبوب حشو على 30 غ

دروموفيكس® مسحوق قارورة محشوة على 30 غ

دروموفيكس® جلد 2% قارورة محشوة على 30 غ

دروموفيكس® جلد 2% قارورة محشوة على 100 غ

جيرو دروموفيكس® 300 مع : بروفة مهبلية.

لائحة ١

بروموفارم ش.م.م

المنطقة الصناعية الساحل، حد أسرال - المغرب
بتراخيص من فرير العالمية

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*)
- dermatopigments (*Trichophyton*, *Epidermophyton* et *Microsporum*)
- champignons opportunistes filamentaires (*Aspergillus*)
- germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- bactéries gram⁺ (*Staphylocoques* et *Streptocoques*)

Indications thérapeutiques :

Traitements topiques des mycoses superficielles de la peau telles que dermatophytoses : Tinea pedis (pied d'athlète), Tinea cruris (Eczéma marginé de Hebra), Tinea corporis (Hépès circiné), Tinea barbae (Sycosis), et Tinea manus, Candidoses (Minillose) et Pityriasis versicolor (Pityrosporum orbiculare).

Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de réaction de photosensibilisation 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 cm² 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 récidive, 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



87,30

Imp AJDIR C-517-0913