

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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



Mr IBRAHIMI 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 : Mr IBRAHIMI Mohamed Date de naissance : 4-4-1944

Adresse : 48 Mustapha El HADJRA LOUJAN

Tél. : 05 22 29 46 77 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 05 JUL 2019

ACCUEIL 2019

Date de consultation : 05 JUL 2019

Nom et prénom du malade : Mr IBRAHIMI Mohamed

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Palé, Anorexie, Amaigrissement

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 05/07/2019 Le : 03/07/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
14 JUN 2019	✓		159,000	Dr ZEMMANE 45, Bd Bir Anzaz C.C. 05 22 25 03 13 GSM 06 61 14 99 86 Fax 05 22 25 13 00 mail zol2@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
14/07/2019 PHARMACIE ROUDANI Mme L. BBAR-Khadija Ep. MKOU Mme Brahim Roudani Vets Mly Rousset 26, Bd Brahim Roudani Vets Mly Rousset Maarif - Casablanca Tel. 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24		8730

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 00000000 00000000 G 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

Dr Zemmama Omar Lotfi

LAUREAT DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le 14 JUN 2019

الدار البيضاء في

C. IBRAHIMI

شعاع

Dermogix
1 app 2 x 5

87,30

صيدلية الروداني
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
Fax 05 22 25 13 00
zoll2@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 : zoll2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
الفاكس : 05 22 25 13 00
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zoll2@live.fr

درموفيكس® دهن

سرتاكونازول

تركيب :
سرتاكونازول نترات
سواغ كافي من أجل
2 غ
100 غ
(يحتوي على 218 و أسيد سوربيك)

خاصيات :

مضاد جديد للظهور لاستعمال خارجي، متوفر على مفعول واسع في الحالات الآتية :

- خميرة مرضية (كانديدا أليكانس، طروبيكالكيس، بتروسپوروم أريكلولاري)
- طفيليات الجلد (طريكوپتون، إبيدروفطون ومكروسپوروم)
- فطور خيطية مثل أسبرجيلوس
- جراثيم مقاومة لمضادات للفطور أخرى
- جراثيم غرام (+) مثل سطايفيلوكوك و سطریتوكوك

دواعي الاستعمال :

معالجة موضعية للفطار الجلدي السطحي مثل طفيليات الجلد، أرجل الرياضيين، إكزيما وقوباء، كانديدا.

تأثيرات جانبية :

يعتبر سرتاكونازول 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 درموفيكس فوق الأعين. رغم استعمال كميات كبيرة فوق الجلد. لم يلاحظ وجود الدواء في الدم. رغما عن هذا لم يثبت عدم خطره التام عند الرضيع و المرأة الحامل أو المرضعة.

مقادير و طريقة الاستعمال :

عن طريق الجلد.

استعملوا الدهن مرة في اليوم، من الأفضل في المساء، أو مرتين (صباحا ومساء) و بصفة خفيفة و متوازنة، مع تطبيق الدهن على المنطقة التي يجب معالجتها و تجاوز بنسبمتر واحد حولها.
مدة المعالجة تتغير حسب نوعية سبب المرض وموقعه. عامة، يرشد بأربعة أسابيع للوصول إلى شفاء كامل و تجنب أي انتكاس، مع العلم أن الشفاء يمكن أن يتبين بعد 2 إلى 4 أسابيع.

أشكال و تقديرات أخرى :

درموفيكس® دهن 2% أنبوب يحتوي على 30 غ

درموفيكس® مسحوق قارورة محتوية على 30 غ

درموفيكس® جل 2% قارورة محتوية على 30 غ

درموفيكس® جمد 2% قارورة محتوية على 30 غ

درموفيكس® جلد 2% قارورة محتوية على 100 غ

جبنو درموفيكس® 300 مغ : بويضة مهبلية.

لائحة ا

بروموفارم ش.م.
المنطقة الصناعية للساحل، حد السواحل - المغرب
بترخيص من فرير العالمية

DERMOFIX® Crème

Sertaconazole

Composition :

Sertaconazole nitrate2 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 orbicularis*)
- dermatophytes (*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 (Minilose) 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