

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 668 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAGHIR BA Mohamed Abdellah

Date de naissance : 01/01/42

Adresse : Hay SALMIAT II Rue 1 N° 245 CASA

Tél : 0663523795 Total des frais engagés : 447,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin
DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue
338 Bd Driss El Harti
CASABLANCA
TEL: 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/10/19

Nom et prénom du malade : SAYIGH BA 1^{er} MJDOR ou 1^{er} MAB Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : MUPRAS 10/10/2005

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 07/05/2010

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 : 30/10/10

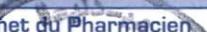
Signature de l'adhérent(e) : SA



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
30/7/89/19	4	300.00		
				DOCTEUR BERRADA Saïd Dermatologue 338, Bd Driss El Hatti CASABLANCA

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/8/19	1470.-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
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

الدكتور سعيد بربارة

Docteur Saïd BERRADA
DERMATOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier.
Ancien attaché des hôpitaux de Montpellier

- Maladies de la Peau et du Cuir chevelu
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Pédiatrique
- Chirurgie Dermatologique
- Allergologie Cutanée
- Phlébologie - Sclérose des varices
- Liposculpture-Peeling-Feeling-Dermabrasion
- Botox - Comblement



STATION
B.A
Bdelouahab
خريج بكلية الطب بمونبولي بفرنسا
منتدب سابق بمستشفيات مونبولي
اختصاصي في أمراض وجراحة الجلد والشعر
الأمراض التناسلية
الأمراض الجلدية للأطفال
حساسية الجلد
أمراض وجراحة الدوالي
الطب التجميلي

Casablanca, le :

357 87 18

الدار البيضاء، في

MT00
CWAHUCON 105
18/01/2001
Tunis

15



DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue
338, Bd. Driss El Harti
CASABLANCA
Tél.: 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33

05.22.57.97.30 / 05.22.57.97.33 - شارع ادريس الحارثي - قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف :

338, Av. Commandant Driss EL HARTI - Cité Djemâa - Casablanca - Tél. : 05.22.57.97.30 / 05.22.57.97.33

I.C.E.: 001713620000096

CANAFLUCAN®

FLUCONAZOLE

FORMES ET PRÉSENTATIONS

Gélule à 150 mg : Boîte de 1, 2, 3, 4, et 7 gélules
Gélule à 50 mg : Boîte de 3 et 7 gélules

COMPOSITION

Fluconazole (DCI) 150 mg
Excipients q.s.p. 1 gélule
Fluconazole (DCI) 50 mg
Excipient q.s.p. 1 gélule
Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

PROPRIÉTÉS

Le fluconazole est un agent antifongique bis-triazolé utilisable par voie orale.

INDICATIONS

Le fluconazole dosé à 50 mg est indiqué :

- Chez l'adulte pour le :
 - Traitement des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),
 - Traitement des candidoses buccales atrophiques.
- Chez l'enfant pour le :
 - Traitement des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.
 - Traitement des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires.
 - Traitement des cryptococcoses neuro-méningées ; le traitement d'entretien au cours du SIDA doit être poursuivi indéfiniment.

Le fluconazole dosé à 150 mg est indiqué pour le traitement des :

- Candidoses vaginales et périnéales aiguës et récidivantes.
- Balanites candidosiques
- Dermépidermomycoses incluant les tinea pedis (intertrigo interorteils), les tinea corporis (Hépès circiné), les tinea cruris (intertrigo) et les candidoses cutanées.
- Onychomycoses
- Candidoses buccales atrophiques
- Cryptococcoses neuro-méningées : 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.
- Candidoses systémiques incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), les candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires.
- Prophylaxie des infections fongiques chez les patients présentant une affection maligne qui sont prédisposés à ce genre d'infections suite à la chimiothérapie cytotoxique et à la radiothérapie.

CONTRE INDICATIONS

Le fluconazole ne doit pas être administré dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au fluconazole et/ou à d'autres dérivés azolés,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison de la forme pharmaceutique,
- Grossesse et allaitement,
- En association avec :
- le cisapride,
- le pimozide.

Ce médicament est généralement déconseillé en association avec l'halofantrine.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Chez les patients présentant des atteintes connues hépatiques et/ou rénales ainsi que lorsqu'une pathologie sévère est associée, une surveillance des tests hépatiques est conseillée ; l'arrêt du fluconazole sera envisagé en cas d'aggravation d'une anomalie préalable des tests hépatiques.

Le patient devra être informé qu'en cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (asthénie importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, ictere) le traitement par fluconazole devra être immédiatement arrêté et qu'il devra consulter un médecin.

Une surveillance clinique particulière s'impose chez les patients ayant précédemment présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou un autre dérivé azolé. Le patient devra être informé qu'en cas de survenue de lésions bulleuses, le fluconazole devra être immédiatement arrêté et qu'il devra consulter un médecin le plus rapidement possible.

Les azolés, dont le fluconazole, ont été associés à un allongement de l'intervalle QT sur l'électrocardiogramme.

Dans les études de surveillance post-marketing chez des patients traités par fluconazole, de rares cas d'allongement de l'intervalle QT ainsi que des torsades de pointes ont été rapportés.

Ces notifications font nombreux autres facteurs contribuer à l'allongement de l'intervalle QT, des désordres électrocardiographiques d'y contribuer.

Le fluconazole devra être arrêté si l'intervalle QT est allongé et/ou si l'ECG présente des conditio

LOT : 9060
UTAV : 12-21
P.P.V. : 147 DH 00

urdées et de
génital du
asceptiques

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être administré en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

Consulter le médecin ou le pharmacien pour tout éclaircissement concernant l'utilisation du médicament

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Ce médicament ne doit pas être utilisé en association avec le cisapride (médicament utilisé dans le reflux gastro-œsophagien) et le pimozide (médicament utilisé dans certains troubles de l'humeur).

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, notamment l'halofantrine (médicament utilisé dans le traitement du paludisme), même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

EFFECTS INDESIRABLES :

Les effets gastro-intestinaux et cutanés sont les effets indésirables les plus couramment rencontrés.

Troubles gastro-intestinaux : nausées, flatulence, douleurs abdominales, diarrhées.

Troubles de la peau et des tissus : rashes, réactions cutanées sévères à type de toxidermies bulleuses (syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell), en particulier au cours du SIDA. Des cas d'alopecies généralement réversibles ont été rapportés.

Troubles du système nerveux : céphalées pouvant être éventuellement liées au produit.

Troubles hépatobiliaires : augmentation des transaminases hépatiques généralement réversibles à l'arrêt du traitement, des atteintes hépatiques sévères éventuellement associées à des taux sériques élevés de fluconazole, d'évolution parfois fatale, ont été exceptionnellement rapportées.

Troubles sanguins et du système lymphatique : leucopénies (neutropénies, agranulocytose), thrombopénies.

Troubles du système immunitaire : réactions anaphylactiques.

Troubles cardiaques : de rares cas d'allongement de l'intervalle QT et torsades de pointes.

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION:

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin

CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Ne pas laisser à la portée des enfants

CONDITIONS DE DELIVRANCE :

Liste I

PERMPTION :

Ne pas utiliser ce médicament après la date de péremption mentionnée sur la boîte.



Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

21, Rue des Asphodèles - Casablanca
Yasmine LAHLOU FILAU - Pharmacien Responsable