

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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'Hollogie Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

# Déclaration de Maladie

N° W19-422811

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11915 Société : RAM.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL Achouri Amal

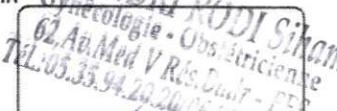
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 033948555 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El Achouri Amal Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : GM infection

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 : 12/10/2019 Le : 12/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-422811



Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11915

Nom de l'adhérent(e) : EL Achouri

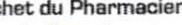
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## **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
12/07/19	Chirurgie	7/2	400,- Dhs	Dr. M. A. Al-Nedra 02.Abd.Med VR's.Badr - PES Tel: 05.35.94.20.20/06.72.80.06.03

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/06/13	382,62

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/09/11	E.W.	300 dh

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### **VOLET ADHERENT**

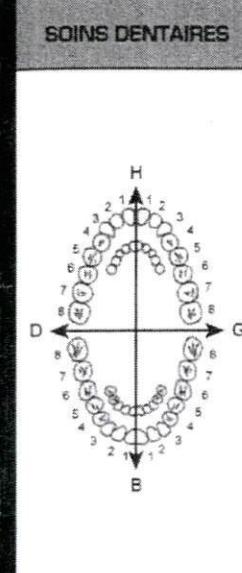
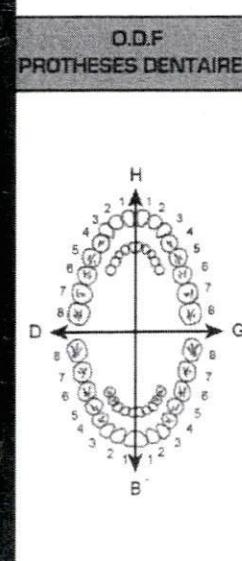
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H 25533412 00000000	G 21433562 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	



**Dr. Siham KANDRI RODI**

**Gynécologue - Obstétricienne**

Traitement de la Stérilité du couple

Diplômée de la faculté de Médecine  
de Reims (France)

Ancienne Assistante des hôpitaux  
de France Diplômée en :

Echographie - Cœlioscopie

Maladies du Sein - Colposcopie



Fès le

**الدكتورة سهام كندي روضي**

طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
علاج عقم الزوجين

حاصلة على شهادة التخصص من كلية الطب  
بريس (فرنسا)

طبيبة مساعدة سابقاً بمستشفيات فرنسا  
متخصصة في :

الشخص بالأمراض الفوق الصوتية، أمراض الثدي

الفحص بالمجهر الداخلي، الشخص بالمجهر لعنق الرحم

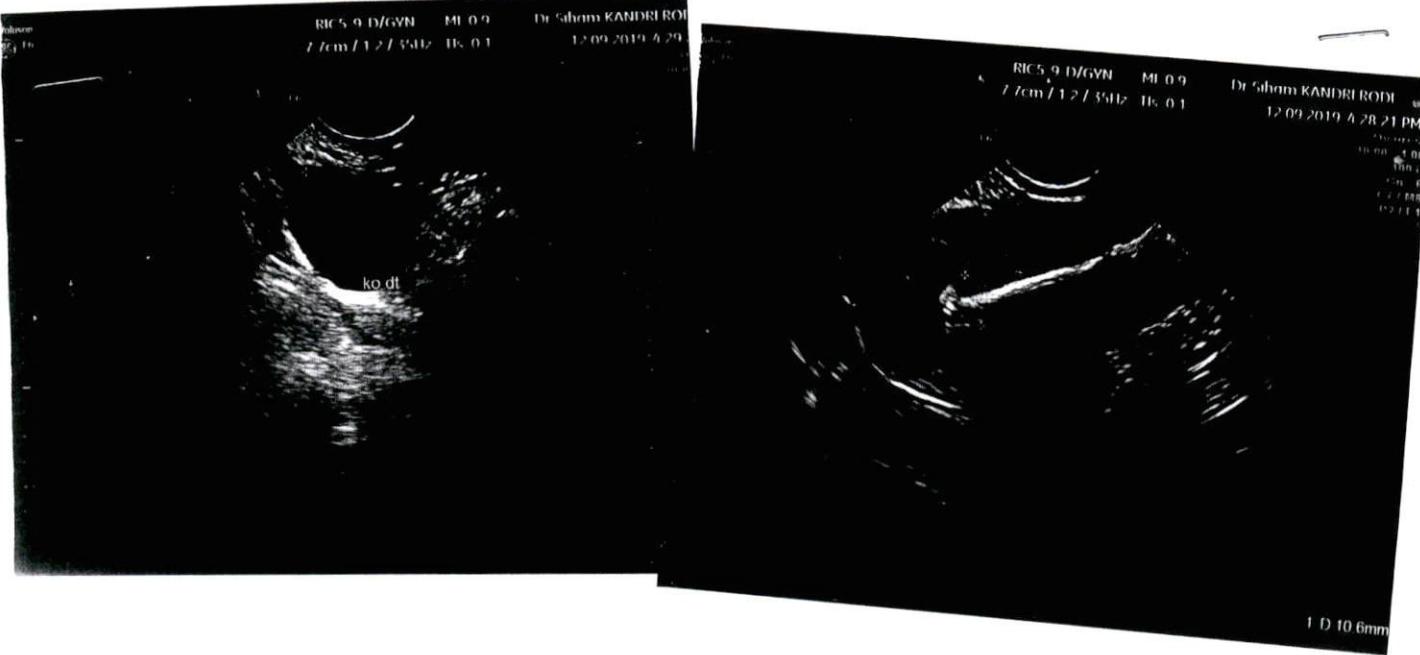
فاس في

Néel Aksou Amal

- Siham

INSTITUT D'ANATOMIE  
PHYSIQUE ET BIOPHYSIQUE AL AZHAR  
Tél. 05 35 62 22 23

Dr. KANDRI RODI Siham  
Gynécologue - Obstétricienne  
Tél. 05 35 62 20 20 - 05 35 62 28 0603



# NOCAN<sup>®</sup>

Fluconazole

5

L 0 T 1 1 8 7 - 2  
P P R 0 1 / 2 3  
P P A 5 0 0 H 0 0

50,00

NOCAN<sup>®</sup> 150 mg

4 gélules

Fluconazole



- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.
- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin d'y faire référence.
- Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement recommandé par votre pharmacien.
- Vous risqueriez de lui causer du tort, même si elle présente des effets indésirables.

## COMPOSITION

- Principe actif : Fluconazole
- Excipients : Lactose, cellulose microcristalline, amidon de maïs, stéarate de magnésium, silice colloïdale anhydre.

## EXCIPIENT À EFFET NOTOIRE

- Lactose : NOCAND<sup>®</sup> 50 MG : boîte de 7 gélules.
- NOCAND<sup>®</sup> 150 MG : boîte de 1 et 4 gélules.
- NOCAND<sup>®</sup> 200 MG : boîte de 7 gélules.

## CLASSE PHARMACOTHÉRAPETIQUE

## ANTIMYCOTIQUE AU USAGE SYSTEMIQUE

Il lutte contre le développement des champignons microscopiques.

## INDICATIONS

NOCAND<sup>®</sup> 50 mg

Chez l'adulte:

- des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maladie, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),
- des candidoses buccales atrophiques.

Chez l'enfant:

- Traitements des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.
- Traitements des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses oesophagiennes et candidoses urinaires.
- Traitements des cryptococcoses neuro-méningées; le traitement d'entretien au cours du SIDA doit être poursuivi indéfiniment.
- NOCAND<sup>®</sup> 150 mg est indiqué pour le traitement:
  - des candidoses vaginales et péri-vaginales aiguës et récidivantes.
  - des candidoses vaginal et péri-vaginale aiguës et récidivantes.
- NOCAND<sup>®</sup> 200 mg est indiqué pour le traitement:
  - Cryptococcoses neuro-méningées.
  - Candidoses systémiques incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), les candidoses oesophagiennes et les candidoses urinaires.
  - Prévention des infections à Candida sensibles chez l'adulte exposé à une neutropénie sévère et prolongée lors du traitement d'induction et de consolidation des leucémies aiguës et subissant une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques.

- Chez l'enfant:
- Traitements des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.
  - Traitements des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses oesophagiennes et candidoses urinaires.
  - Traitements des cryptococcoses neuro-méningées.

- CONTRE-INDICATIONS**
- Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:



# DERMOFIX® Crème

## Sertaconazole

### Composition :

Sertaconazole nitrate .....

Excipients (dont E218 & Acide sorbique) .....

### Propriétés :

Le Sertaconazole est un anti-mycosique à usage topique. Son spectre d'activité s'étend sur les levures pathogènes (*Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. spp.*, *Pityrosporum orbiculare*), les dermatopigments (*Trichophyton*, *Epidemophyton* et *Microsporum*), les champignons opportunistes filamenteux (*Aspergillus*), les germes résistants à d'autres anti-mycosiques et les bactéries gram+ (*Staphylocoques* et *Streptocoques*).

### Indications thérapeutiques :

Traitements topiques des mycoses superficielles de la peau telles que dermatophytoses : Tinea d'athlète, Tinea cruris (Eczema marginé de Hebra), Tinea corporis (Herpès circiné), Tinea barbae et Tinea manus, Candidoses (Miniliose) et Pityriasis versicolore (*Pityrosporum*).

### Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de réaction de photosensibilité n'a été relevé. Seul un érythème léger peut survenir lors des premières applications mais n'entraîne 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 mais l'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/I FERRER INTERNATIONAL

87,30

Dermofix® crème

Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



6 118 000 240259

SPRN

Fluomizin®

## Information destinée aux patients

Lisez attentivement la notice d'emballage avant d'utiliser le médicament. remis sur ordonnance médicale. Ne le remettez donc pas à d'autres personnes présentant les mêmes symptômes que vous. En effet, ce médicament peut être dangereux pour eux. Conservez cette notice d'emballage pour pouvoir la relire plus tard si nécessaire.

Lot

380138



## Fluomizin® comprimés vaginaux

### Qu'est-ce que Fluomizin et quand est-il utilisé?

Sur prescription du médecin.

Fluomizin contient comme principe actif le chlorure de déqualinium, une substance ayant un effet antiinfectieux et antiseptique (désinfectant). Après avoir été introduit dans le vagin, le comprimé vaginal se désintègre en libérant la substance active. Le chlorure de déqualinium est efficace contre de nombreux agents pathogènes - comme par exemple certaines bactéries et champignons (candida) - provoquant des infections vaginales. Les comprimés vaginaux Fluomizin ont un effet local et limité au vagin et sont prescrits dans le traitement des infections bactériennes et mycosiques. On constate généralement une amélioration nette de l'écoulement et de l'inflammation dans les 24 à 72 heures.

### De quoi faut-il tenir compte en dehors du traitement?

Ce médicament vous a été prescrit par votre médecin pour traiter la maladie dont vous souffrez actuellement. La prise d'un médicament mal choisi ou mal dosé peut provoquer des complications. Il est donc très important de ne pas le prendre de votre propre chef pour traiter d'autres maladies ou de le conseiller à d'autres personnes. Même en cas de nouvelle infection par la suite, il est déconseillé de prendre Fluomizin sans en parler auparavant à votre médecin.

### Quand Fluomizin ne doit-il pas être utilisé?

Fluomizin ne doit pas être utilisé en cas

- D'ulcères de la surface vaginale ou du col de l'utérus,
- D'hypersensibilité à la substance active ou à un autre composant du médicament

**Gynoflor®**

806158

N° LOT:

EXP :



PPC: 79.00 DHS



6 111260 760017

DAC011ETU1.2

لیلی

جینوا  
جینوفل  
جب ان

يصلح دواء  
أو أكلان أو  
الهرمونية.

يصلح دواء أجيونوبلور لعلاج تنواع التهوي الموصعية فيما بعد الهرس أو اكلان أو ميل للحك أو الهرش وألم أثناء الجماع أو الإتصال الهرمونية.

يتوارد المهمل السليم جيد الصحة في حالة توازن حيوى (بيولوجى والكيمياوية، وهو ما يعني بعبارة أخرى أن المهمل الصحيح ذو الـ جراثيم المهمل المعروفة باسم بكتيريا بودر لайн (واسمها اللاتينى احصاص لبنية مواد آخر تكافح العدوى وتعيقها وتنعى وقوعها إعاقة نمو جراثيم غريبة عنه).

و يحدث اختلال أو اضطراب بعمل بكتيريا دودر لайн ، قد يصل إلى الهرمونات (كما هو الحال عند الوصول إلى سن اليأس وبعده) ، أو الحيوية) ، أو كنتيجة لسوء إجراءات الصحية ، أو في أعقاب الإصابة الشديدة بصفة عامة يحتوى دواء جينوفلور على جرثيم المهبلي استرجاع التوازن البيني الصحي داخل المهبلي والعودة به إلى حالة

يعتبر كل هذا من الأهمية بمكان من أجل توفير البيئة الحيوية الملا  
قadera على الحياة وأداء وظائفها.

يمكن لسكر اللين، بصفته حشو تمتليء به أقراص هذا الدواء، أن يتلذّبى. على هذا النحو يجري مباشرًا بعد استعمال الدواء لأول مرة دواء جينوفلور إلا إبناء على أمر الطبيب فقط وبنعميات محددة من

متى لا يُسمح باستخدام دواء جينوفلور؟