

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-552921

N°D:
34711

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 011177	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AYSSOU Fattouma			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 39 / 40 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Facture	
Date de consultation :	/.....
Nom et prénom du malade :
Age:
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/05/2008	39,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																																																																																																																																																																																	
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 l'ODF.																																																																																																																																																																																																	
	DENTS TRAITÉES <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																			NATURE DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																			Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	INP : <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									
COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																	
MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																	
DEBUT D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																	
FIN D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																	
	ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																
		H																																																																																																																																																																																															
		25533412	21433552																																																																																																																																																																																														
		00000000	00000000																																																																																																																																																																																														
		D	G																																																																																																																																																																																														
		00000000	00000000																																																																																																																																																																																														
		35533411	11433553																																																																																																																																																																																														
		B																																																																																																																																																																																															
MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																	
DATE DU DEVIS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																	
DATE DE L'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																	



PHARMACIE SALAHEDDINE

Hassouni Selma

Docteur en Pharmacie

Diplômée de la Faculté

Diplômée de la Faculté
de Pharmacie de Grenade

Client : _____

Casablanca, le : 29/05/2023

Arrêtée la présente facture à la somme de:

PRIX TOTAL

39,40



FAZOL® crème

nitrate d'isoconazole

I DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

traitement ou complément de traitement de certaines affections de la peau ou des muqueuses

ONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER FAZOL, crème ?

as d'allergie aux dérivés imidazoles ou à l'un des constituants du produit.

ENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EN GARDE SPÉCIALES

24,40

user un savon acide (l'acidité favorisant la multiplication de certains champignons).

ant, sur une grande surface, ou sur une peau lésée, respecter impérativement les recommandations et
médecin en raison de la pénétration plus importante du produit dans ces circonstances.

- Interrrompre le traitement en cas d'allergie ou intolérance.

EN CAS DE DOUCE NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

UTILISATION PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

Grossesse - Allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE

Butylhydroxyanisole (E320), acide benzoïque.

3. COMMENT UTILISER FAZOL, crème ?

Posologie

Appliquer sur les régions atteintes et leur périphérie 2 fois par jour, après toilette et séchage de la peau. Faire suivre l'application d'un massage doux et régulier jusqu'à pénétration complète.

Mode et voie d'administration

Voie cutanée.

Durée du traitement

La durée du traitement est de 2 à 4 semaines selon la mycose, elle peut être plus longue pour certaines localisations.

L'utilisation régulière du produit pendant toute la durée du traitement est déterminante pour la réussite du traitement.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, FAZOL, crème est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet : démangeaisons, irritations, sensations de brûlure, exceptionnelles manifestations allergiques générales (œdème de Quincke, urticaire) et eczème de contact (lié à la présence de butylhydroxyanisole et d'acide benzoïque).

NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

5. COMMENT CONSERVER FAZOL, crème ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

DATE DE PÉREMPTION

Ne pas utiliser FAZOL, crème après la date de péremption mentionnée sur le conditionnement extérieur.

6. QUE CONTIENT FAZOL, crème ?

La substance active est : Nitrate d'isoconazole 2 g

Pour 100 g.

Les autres composants sont : mélange d'esters mono et distériques d'éthyléneglycol et polyoxyéthyléneglycols, glycérides polyoxyéthyléniques glycolysés, huile de vaseline fluide, butylhydroxyanisole, acide benzoïque, eau purifiée.

7. QU'EST-CE QUE FAZOL, crème et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de crème en tube de 20 g.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ

LABORATOIRES POLYMEDIC

Rue Amyot d'Inville

CASABLANCA-MAROC

SOUS LICENCE

SINCLAIR PHARMA FRANCE

35 rue d'Artois 75008 Paris

DATE D'APPROBATION DE LA NOTICE

Juin 2011.

Titulaire

LABORATOIRE POLYMEDIC

Rue Amyot d'Inville

CASABLANCA - MAROC

Sous licence

SINCLAIR PHARMA FRANCE

35, rue d'Artois

75008 Paris

24,40