

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.

iologie 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.

ctique :

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.

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 5262

Société: RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre: Depent

Nom & Prénom:

FASKANI NAIMA

Date de naissance: 1/1/1963

Adresse: 22 Rue CHARAM

RALMIEH

5661189041

Tél. 5661189041 Total des frais engagés:

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation: 3/11/2020

Nom et prénom du malade: FASKANI NAIMA Age: 57

Lien de parenté:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie: Affection Dermatologique

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: 5/11/2020

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
03.11.2020	U.S	0	Gratuit	N° INPE : 091180570 Dr. Khalil LAMNIA DERMATOVENEROLOGUE Angle Bd Sidi Abderrahmane el Bd. Abdelhadi Boutaleb Casab Tel. 0522 90 04 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE SOUZA 783 05 22 93 70	10.11.2020	825

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS		
D	00000000	00000000			
00000000	00000000				
35533411	11433553				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
	DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le

03/11/2020

الدار البيضاء، في

MME FASKANI NAIMA

-CICAPLAST B5 GEL LAVANT

٤٦,٣

LAVER ET RINCER



-MYCOSTER CREME (INTERORTEIL)

٢٠,٢

LE SOIR PDT 1 MOIS



-CLENIDERM CREME (PIEDS)

LE SOIR PDT 15 JOURS

١٤٦,٦

1 SOIR SUR 2 PDT 15 JOURS



-MYCOSTER 8 % VERNIS (ONGLES)

1 FOIS PAR SEMAINE PDT 3 MOIS

١٧٦,٣



-DIFLUCAN 150 CP

1 CP PAR SEMAINE PDT 3 MOIS

٨٤,٢



-DERMOFIX POUDRE (CHAUSSURES)

LE MATIN

٨٢٥,٢

PHARMACIE CHATEAU D'EAU
DR. TOUIJER HAYANE
DOUAR BENABID
DAR BOUAZZA Tel: 05 22 93 70 22

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdellah Boutaleb
Casab Tel: 0522 90 04 17



03/11/2020
Casablanca, le الدار البيضاء. في

MME FASKANI NAIMA

-CICAPLAST B5 GEL LAVANT

45,30

LAVER ET RINCER



-MYCOSTER CREME (INTERORTEIL)

20,20

LE SOIR PDT 1 MOIS



-CLENIDERM CREME (PIEDS)

LE SOIR PDT 15 JOURS

146,60

1 SOIR SUR 2 PDT 15 JOURS



-MYCOSTER 8 % VERNIS (ONGLES)

1 FOIS PAR SEMAINE PDT 3 MOIS

176,30

-DIFLUCAN 150 CP



1 CP PAR SEMAINE PDT 3 MOIS

84,20

-DERMOFIX POUDRE (CHAUSSURES)



LE MATIN

PHARMACIE CHATEAU D'EAU
DR. TOUIJER HAVANE
DOUAR BENABID
DAR BOUAZZA Tel: 05 22 93 70 22

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdellah Boutaleb
Casa Tel: 0522 90 04 17

ERMOFIX® Poudre

Sertaconazole

2 g

100 g

84,20

topique à usage topique possédant une nouvelle structure chimique. Son principe actif est l'**Sertaconazole** (1,25 mg/g) (imidazole).

Il possède une action antifongique et antimycotique. Ses propriétés sont efficaces contre les mycoses cutanées et unguéales dues aux Candida et dermatophytoSES, avec exsudation et plus particulièrement l'intertrigo.

ns, C. tropicalis, C. spp., Pitrosporum orbiculaires) (Trichophyton et Microsporum) (Aspergillus) (cosiques Streptocoques)

Traitement topique des infections cutanées et unguéales dues aux Candida et dermatophytoSES, avec exsudation et plus particulièrement l'intertrigo.

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 4 semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et microbiologique complète et d'éviter ainsi toute récidive, sachant que souvent cette guérison apparaît après 2 à 4 semaines de traitement.

EFFETS INDESIRABLES :

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 PARTICULIERES D'EMPLOI :

Après application de grandes quantités chez le nouveau né et chez la femme enceinte ou allaitante, on ne détecte pas de niveaux plasmatiques. Malgré cela, son innocuité n'a pas été démontrée dans ces cas.

POSOLOGIE USUELLE, VOIES ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie topique.

Mycoses des plis : 1 application par jour

Pieds d'athlète : 1 application par jour

Il est conseillé d'appliquer la poudre non seulement au niveau des lésions mais également dans les chaussettes et les chaussures.

FORMES ET AUTRES PRESENTATIONS :

Dermofix® Poudre : Flaçon de 30 g.

Dermofix® Crème à 2% : Tube de 30 g.

Dermofix® Solution à 2% : Flaçon de 30 ml.

Dermofix® Gel à 2% : Flaçon 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

MYCOSTER® 8 POUR CENT

Ciclopirox

Solution filmogène pour application locale en flacon

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Mycoster 8% sol 13ml

P.F.V : 146,60 DH



Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST CE QUE MYCOSTER 8 POUR CENT, solution filmogène pour application locale en flacon ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 8 POUR CENT, solution filmogène pour application locale en flacon ?
3. COMMENT UTILISER MYCOSTER 8 POUR CENT, solution filmogène pour application locale en flacon ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER MYCOSTER 8 POUR CENT, solution filmogène pour application locale en flacon ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

MYCOSTER® 1%

Ciclopiroxolamine

Crème



VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT CETTE NOTICE AVANT D'UTILISER CE MÉDICAMENT. ELLE CONTIENT DES INFORMATIONS IMPORTANTES POUR VOTRE TRAITEMENT.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 pour cent, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?

3. COMMENT UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

5. COMMENT CONSERVER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 pour cent, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique
ANTIFONGIQUE A USAGE TOPIQUE.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé dans le traitement:

- des mycoses de la peau ou des ongles (affections dues aux champignons) surinfectées ou non par des bactéries,
- dermatite séborrhéique légère à modérée du visage.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?

Contre-indications

N'utilisez jamais MYCOSTER 1 pour cent, crème dans les cas suivants :

- en cas d'allergies à l'un des composants du produit,
- prévenir votre médecin en cas de grossesse,
- ne pas appliquer ce médicament près des yeux,
- ne pas avaler.

EN CAS DE DOUBTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales
Faites attention avec MYCOSTER 1 pour cent, crème :

Précautions d'emploi

Ne pas appliquer ce médicament près de la région oculaire.

Candidoses: il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorable à la multiplication de candida).

EN CAS DE DOUBTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN 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

CLENIDERM® crème

Béclométhasone dipropionate

20,00

te 0,025 g
lycol, Chlorocrésol) q.s.p. 100 g



corticoïde.

ssus inflammatoires (comme l'hypersensibilité de contact), et l'effet vasoconstricteur. Inhibe la multiplication cellulaire.

des :

où la corticothérapie locale est tenue pour le meilleur traitement : dermatite atopique, lichenification.

- Indications où la corticothérapie locale est l'un des traitements habituels : dermatite de stase, psoriasis (à l'exclusion des plaques très étendues), lichen, prurigo non parasitaire, dyshidrose, lichen scléro-atrophique génital, granulome annulaire, lupus érythémateux discoïde, dermatite séborrhéique à l'exception du visage, traitement symptomatique du prurit du mycosis fongoïde.
- Indications de circonstance pour une durée brève : piqûres d'insectes et prurigo parasitaire après traitement étiologique.

Contre-indications :

Dermatoses virales, bactériennes, fongiques et parasitaires ; dermatoses faciales à composante vasomotrice (rosacée) ou folliculaire (acné) ; lésions ulcérées.

Effets indésirables :

Ils résultent, en règle générale, d'une mauvaise utilisation : durée excessive du traitement et puissance trop importante du produit sont responsables d'effets indésirables locaux. Si, en outre, la surface d'application est très étendue, des effets systémiques peuvent être observés.

Précautions d'emploi :

Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit en être recherchée.

Suivre les recommandations du médecin.

Ce médicament peut être prescrit pendant la grossesse si besoin.

L'allaitement est possible en cas de traitement par ce médicament.

Ne pas appliquer sur les seins lors de l'allaitement en raison du risque d'ingestion du produit par le nouveau-né.

Mode d'emploi et posologie :

Le traitement doit être limité à 1 à 2 applications par jour.

Il est conseillé d'appliquer le produit en couches espacées, puis de l'étaler en massant légèrement jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé.

Forme et présentation :

Crème - Tube de 30 g

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

DIFLUCAN® 150mg

(FLUCONAZOLE)



IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Dénomination commerciale: DIFLUCAN®.

Principe actif: fluconazole.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

1 gélule contient 150 mg de fluconazole.

Excipients : lactose monohydrate, amidon de maïs, sieste de magnésium, lauryl sulfate de sodium.

FORME PHARMACEUTIQUE

DIFLUCAN® 150mg, boîte de 1 et 4 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ou type d'activité

Antimycosique à usage systémique (J : Anti-infectieux)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est préconisé dans le traitement des :

- infections vaginales à Candida,
- dermatomycoses : tinea pedis, tinea corporis, tinea cruris, onychomycose (tinea unguum).

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- hypersensibilité connue à ce médicament et aux dérivés apparentés,
- association avec le cisapride.

- pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter votre médecin. Si vous avez préalablement présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou à un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter votre médecin le plus rapidement possible.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Avant de prendre ce médicament, prévenez votre médecin ou votre pharmacien si vous êtes enceinte.

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception efficace est indispensable.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.



DIFLUCAN® 150mg

(FLUCONAZOLE)



IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Dénomination commerciale: DIFLUCAN®.

Principe actif: fluconazole.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

1 gélule contient 150 mg de fluconazole.

Excipients : lactose monohydrate, amidon de maïs, sieste de magnésium, lauryl sulfate de sodium.

FORME PHARMACEUTIQUE

DIFLUCAN® 150mg, boîte de 1 et 4 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ou type d'activité

Antimycosique à usage systémique (J : Anti-infectieux)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est préconisé dans le traitement des :

- infections vaginales à Candida,
- dermatomycoses : tinea pedis, tinea corporis, tinea cruris, onychomycose (tinea unguum).

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- hypersensibilité connue à ce médicament et aux dérivés apparentés,
- association avec le cisapride.

- pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter votre médecin. Si vous avez préalablement présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou à un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter votre médecin le plus rapidement possible.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Avant de prendre ce médicament, prévenez votre médecin ou votre pharmacien si vous êtes enceinte.

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception efficace est indispensable.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.



DIFLUCAN® 150mg

(FLUCONAZOLE)



IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Dénomination commerciale: DIFLUCAN®.

Principe actif: fluconazole.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

1 gélule contient 150 mg de fluconazole.

Excipients : lactose monohydrate, amidon de maïs, sieste de magnésium, lauryl sulfate de sodium.

FORME PHARMACEUTIQUE

DIFLUCAN® 150mg, boîte de 1 et 4 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ou type d'activité

Antimycosique à usage systémique (J : Anti-infectieux)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est préconisé dans le traitement des :

- infections vaginales à Candida,
- dermatomycoses : tinea pedis, tinea corporis, tinea cruris, onychomycose (tinea unguum).

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- hypersensibilité connue à ce médicament et aux dérivés apparentés,
- association avec le cisapride.

- pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter votre médecin. Si vous avez préalablement présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou à un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter votre médecin le plus rapidement possible.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Avant de prendre ce médicament, prévenez votre médecin ou votre pharmacien si vous êtes enceinte.

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception efficace est indispensable.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

