

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

- 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-587191

ND: 50972

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11381 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOUM BENCHERHAN ROUN BITZLANE
Date de naissance : 10 DEC 2020
Adresse :
Tél. : 0661734478 Total des frais engagés : 247,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 21/11/2020
Nom et prénom du malade : TOUM BENCHERHAN ROUN BITZLANE
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 12/11/2020

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/22	247.7

[illegible]

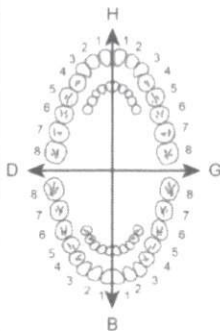
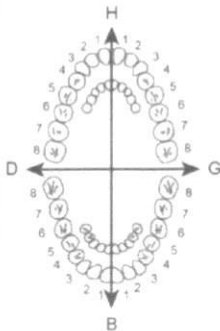
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	G		0000000	0000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	G																	
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATESTANT L'EXECUTION

Médecine esthétique – Cosmétologie – Lasers
Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles
Maladies sexuellement transmissibles – Allergies – Brûlures
Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers – Besançon
Diplôme de dermatologie pédiatrique – Montpellier
Diplôme de dermatologie et maladies du système – Paris

طب التجميل و العلاج بالليزر
أمراض و جراحة الجلد و الشعر والأظافر
الأمراض المنقولة جنسيا – الحساسية – الحروق
دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر- بيزنسون
دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال – مونتبولييه
دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية – باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

12/11/2020

Mme TOUM BENCHEKROUN Ghizlane

CANAFLUCAN GELUEL 150

1 gelule par semaine, pendant 4 semaines

KETODERM GEL MONODOSE

1 application pdt 2 semaine

DERMOFIX CREME

1 application par jour sur les lésions, pendant 2 semaines

ARMACIE HAY EL MATAR
PHARMACIE HAY EL MATAR
Dr. EL MABROUKI Hakim
1, Bd. Oum Rabii Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 93 20 26

CANAFILUCAN®

FLUCONAZOLE

FORMES ET PRESENTATION

Gélule à 150 mg : Boîte de 10

Gélule à 50 mg : Boîte de 10

COMPOSITION

Fluconazole (DCI).....

Excipients q.s.p.....

Fluconazole (DCI).....

Excipient q.s.p.....

Excipient à effet notoire : Lactose

PROPRIETES

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 cryptococcose 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
- Dermomycoses incluant les tinea pedis (intertrigo interorteils), les tinea corporis (Herpès circiné) et les tinea cruris (intertrigo) et les candidoses cutanées.
- Onychomycoses
- Candidoses buccales atrophiques
- Cryptococcose 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 cryptococcose 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 et 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 PRECAUTIONS 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, ictère) 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 préalablement 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 état de patients présentant des pathologies lourdes et de nombreux autres facteurs de risque notamment un allongement congénital du QT, des désordres électrolytiques ou certains traitements associés susceptibles d'y contribuer.

Le fluconazole devra être administré avec précaution chez les patients présentant des conditions pro-arythmiques.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué 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.

EFFETS 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'alopécies 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 rapportés.

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

PEREMPTION :

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 FILALI - Pharmacien Responsable

DERMOFIX® Crème

Composition :

Sertaconazole nitrate
Excipients (dont E218 & Acide sorbique)

Propriétés :

Le Sertaconazole est un anti-mycosique à usage :
- levures pathogènes (*Candida albicans*, *C. tropicalis*)
- dermatophytes (*Trichophyton*, *Epidermophyton* et
- champignons opportunistes filamenteux (*Aspergillus*)
- germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- bactéries gram⁺ (*Staphylococcus* et *Streptococcus*)

Indications thérapeutiques :

Traitement topique des mycoses superficielles de la peau telles que dermatophytoses : Tinea d'athlète, Tinea cruris (Eczéma marginé de Hebra), Tinea corporis (Herpès circiné), Tinea barbae et Tinea manus, Candidoses (Munichose) 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 premiers jours d'application 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. 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, 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 gravité 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 est obtenue 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

