

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.

Diagnostic 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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0003676

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4815 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DERSSI KHALID Date de naissance :
Adresse : DERB EL KABIR, RUE 13, W/14 CASABLANCA
Tél. : 06 75 12 84 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : / /


Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/19	46,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

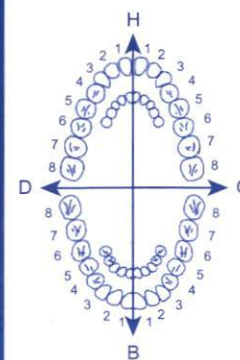
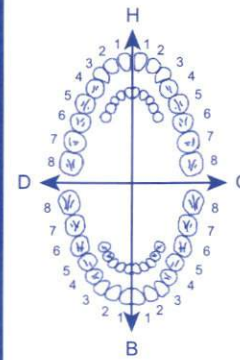
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
			H	25533412		21433552											
			D	00000000		00000000											
			G	00000000		00000000											
B			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

ELMOKHTAR TAZI

PHARMACIEN

PHARMACIE EL BAHIA
44 Rue Ahmed Sebbagh
CASABLANCA

Tel : 05 22 80 87 56

R.C : 355 826

Patente : 3360100

Casablanca le : 13/09/19

Monsieur..... *Dr. Khabou*

المختار التازي

صيدلي

صيدلية الباهية
44 زقة أحمد الصباغ
الدار البيضاء


الهاتف : 05 22 80 87 56

س ت بالبيضاء 355 826

بانتا 3360100

الدار البيضاء في :

السيد.....

Quantité	Désignation	P.U.H.T	Total
1	Diprivalic	37,60	
1	Auroxy Dérivé	9,30	
		<u>46,90</u>	
Arrivée de present facturé à la somme de 46,90			
			

DIPROSALIC® pommade

Dipropionate de bétaméthasone, Acide salicylique

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DIPROSALIC, pommade et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DIPROSALIC, pommade ?
3. Comment utiliser DIPROSALIC, pommade ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DIPROSALIC, pommade ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DIPROSALIC, pommade ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Dermocorticoïde associé (D. dermatologie) - code ATC : D07XC01

Qu'est-ce que DIPROSALIC ?

DIPROSALIC appartient à une classe de médicaments appelés dermocorticoïdes d'activité forte associés à l'acide salicylique, destinés à être appliqués sur la peau. La substance active (la bétaméthasone) agit sur les mécanismes de l'inflammation et l'acide salicylique dissout la kératine (protéine responsable de l'épaississement de la peau).

Dans quels cas est-il utilisé ?

- DIPROSALIC est utilisé pour traiter certaines maladies de la peau telles que :
 - le psoriasis (maladie au long cours de la peau caractérisée par des plaques rouges et épaisses),
 - le lichén (maladie qui provoque un épaississement de la peau et caractérisée par des vésicules ou des plaques striées rouges ou violacées),
 - la dermatite séborrhéique (maladie qui provoque une inflammation de la peau et une peau grasse) à l'exception du visage.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER DIPROSALIC, pommade ?

N'utilisez jamais DIPROSALIC, pommade :

- Si vous êtes allergique aux substances actives (la bétaméthasone et/ou l'acide salicylique) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si votre peau présente des lésions cicatrisant difficilement avec un écoulement plus ou moins abondant (lésions ulcérées).
- Si votre peau présente une lésion avec du liquide qui s'écoule (lésion suintante).
- Si vous avez de l'acné.
- Si vous souffrez d'une maladie de la peau appelée rosacée (couperose).
- Si vous souffrez d'une infection de la peau due à un virus (herpès, zona, varicelle...), à une bactérie (impétigo...), à des champignons microscopiques (mycoses) ou à un parasite.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser DIPROSALIC, pommade.

Faites attention avec DIPROSALIC

- Un traitement chez l'enfant de moins de 12 ans ou un traitement sur le visage doivent être soumis à une stricte surveillance médicale.

• Chez le nourrisson et le jeune enfant, il est préférable d'éviter DIPROSALIC.

Pendant le traitement

- Respectez les conseils de votre médecin, notamment la localisation des applications (voir la rubrique "Précautions d'utilisation").
- Signalez à votre médecin toute irritation ou infection.
- Arrêtez le traitement et prévenez votre médecin si une réaction d'intolérance apparaît. Vous pourrez la reconnaître par exemple par des boutons, des rougeurs, des

Précautions d'utilisation

- Avant d'appliquer DIPROSALIC, les recommandations suivantes doivent être suivies :
 - n'appliquez pas ce médicament dans les yeux ou sur les muqueuses (par exemple l'intérieur du nez, de la bouche ou des parties génitales),
 - n'appliquez pas ce médicament sur le visage sauf en cas de prescription formelle de votre médecin,
 - en raison de la possibilité de passage d'une partie des substances actives dans le sang, évitez les applications :
 - sur une grande surface,
 - sous un pansement ou une couche imperméable, en particulier chez les enfants. Cela pourrait entraîner un ralentissement de la croissance et un syndrome de Cushing, reconnaissable par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage,
 - prolongées, sur le visage et dans les plis.

Durée du traitement

Votre médecin vous dira pendant combien de temps vous devez utiliser ce médicament. Utilisez DIPROSALIC uniquement pendant la durée prescrite par votre médecin et ne prolongez jamais votre traitement sans son accord.

En général, le traitement sera court. L'arrêt du traitement se fera de façon progressive, en espaçant les applications et/ou en utilisant un médicament de la même famille (dermocorticoïde) moins fort ou moins dosé.

L'utilisation prolongée doit être soumise à une stricte surveillance médicale.

Si vous avez utilisé plus de DIPROSALIC, pommade que vous n'auriez dû

Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous utilisez DIPROSALIC (ou un médicament de la même famille : les corticoïdes locaux) en quantité ou en durée supérieure à celle prescrite, un ensemble de troubles liés à une augmentation de la corticoïde dans le sang (hypercorticisme) peuvent apparaître. Ils peuvent inclure notamment la maladie de Cushing, reconnaissable par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage.

Si vous oubliez d'utiliser DIPROSALIC, pommade

N'appliquez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié d'appliquer.

Si vous arrêtez d'utiliser DIPROSALIC, pommade

Sans objet.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

En cas d'utilisation prolongée, les effets indésirables suivants peuvent survenir :

- un amincissement et une fragilité de la peau,
 - une dilatation de petits vaisseaux sanguins (télangiectasies) à redouter particulièrement sur le visage,
 - des vergetures (surtout chez les adolescents),
 - des petites taches rouges sur la peau évoluant en bleus (purpura ecchymotique).
- Les effets indésirables suivants peuvent également survenir :**
- des rougeurs et des irritations autour de la bouche (dermatose péri-orale),
 - l'apparition ou l'aggravation d'une rosacée (couperose),
 - une poussée d'acné,
 - des petits boutons contenant du pus (pustules),
 - un développement exagéré des poils (hypertrichose),
 - une décoloration de la peau (dépigmentation),
 - un retard de cicatrisation des plaies,
 - l'apparition de croûtes noires, plus ou moins épaisses (escarres),
 - des lésions de niveau 2,
 - une vision floue.

Diprosalic®
pommade

Declaré

Si vous

pharmaci

dans cel

En sign

sur la sé

5. COME

Tenir ce

N'utilisez



LOT: 972
PER: FEV 2022
PPV: 37 DH 60

سيليبي

Auréomycine 3 %

Chlortétracycline chlorhydrate
Pommade dermatique

Composition :

Chlortétracycline Chlorhydrate

Excipients q.s.p

Propriétés :

Antibiothérapie locale.

La chlortétracycline est un antibiotique de la famille des cyclines, a bactériostatique.

Indications thérapeutiques :

Traitement des infections cutanées à germes sensibles : folliculites, pyodermites, plaies infectées, ulcères, escarres, impétigo, ecthyma.

Contre-indications :

Allergie aux tétracyclines.

Lésions mycosiques.

Infections mammaires, lors de l'allaitement, en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.

Effets indésirables :

Réactions allergiques.

Risque de photosensibilisation.

Précautions d'emploi :

En raison d'une photosensibilisation possible, éviter l'exposition au soleil.

Ne pas utiliser la pommade dermatique sur les lésions suintantes, macérées et dans les plis, ainsi que sur les ulcères des jambes.

Femme enceinte : l'utilisation prolongée est à éviter.

Mode d'emploi et posologie :

Application en couches minces, 2 à 4 fois par 24 heures ;

Recouvrir de préférence avec un pansement stérile.

Forme et présentation :

Pommade dermatique - tube de 15 g

AUREOMYCINE® 3%

Chlortétracycline chlorhydrate
Pommade dermatique - Tube de 15 g

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240051