

# 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.

## Biologie 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

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- 068255

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

IDrim Hbar

Date de naissance :

04/02/1951

Adresse :

Tél. :

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)



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

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).



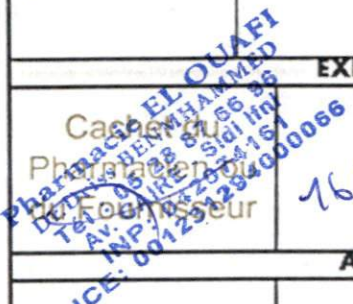
Matricule :



Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		<b>FEUILLE DE SOIN N°</b> <b>W</b>	<b>DATE DE DEPOT</b> 3189	
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>				
NOM & Prénom : <b>IDRISSI MBARK</b>		Téléphone : _____		
Fonction : <b>RETRAITÉ</b>		Signature de l'adhérent : _____		
Matricule : <b>3189-3188</b>				
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT</b>				
NOM & Prénom du patient : <b>IDRISSI Tharik</b>		Age : <b>1952</b>		
Nature de la maladie : <b>ECZEMA</b>		Date de la première visite : <b>16.01.2022</b>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : _____		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>		
		Signature et cachet du médecin : 		
<b>RELEVÉ DES FRAIS &amp; HONORAIRES DU MEDECIN</b>				
Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	
16.01.2022	C		10900 DH	
<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>				
Dates : <b>16/01/2022</b>		Montant de la facture : <b>26,6 DH</b>		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur : 				
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>				
Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur : _____				
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				
Dates	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur : _____				

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																		
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture 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	Coefficient des travaux														
				<input type="text"/> Montant des soins : <input type="text"/> Début d'exécution : <input type="text"/> Fin d'exécution : <input type="text"/>														
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	D	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> Montant des soins : <input type="text"/> Date du devis : <input type="text"/> Fin de l'exécution : <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	D	G																
	00000000	00000000																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																
<b>VOLET ADHERENT</b>																		
NOM du Patient :			DECLARATION N°															
			W															
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes															
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois															

# Dr. Abdelaziz BENHMID

Médecine Générale  
Échographie

Du De Diabétologie à L'université Paris 13  
Ancien Médecin chef au ministère de la santé  
Ancien Médecin du groupe OCP



# الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام  
الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13  
طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة  
طبيب سابق بالمجمع الشريف للفوسفاط

Sidi Ifni, Le :

16.07.2023

سيدي إفني, في :

Nom et Prénom :

Abdelaziz BENHMID  
Médecine Générale  
N° 02 Bd. du Calvaire  
SIDI IFNI

7 hawel

pro sale  
376  
1000 x 2

1 r,

KA Ser  
79  
7 App x 21

766

Pharmacie EL OUAFI  
Dr. Dries BENHAMMED  
Tél : 05 28 87 59 96  
Av. CAIRE - Sidi Ifni  
INP: 042074161  
ICE: 001231294000066

الدكتور عبد العزيز بنحميد  
Dr. Abdelaziz BENHMID  
Médecine Générale  
SIDI IFNI

RDV Le :



# DIPROSALIC® pommade

Dipropionate de bétaméthasone, Acide salicylique

**Veillez 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 ?

30

Diprosalic®  
pommade



6 118000 050186

## N'utilisez pas

- 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 pourriez la reconnaître par exemple par des boutons, des rougeurs, des démangeaisons, des brûlures ou un gonflement non douloureux (œdème).
- Contactez votre médecin en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels.

## Enfants et adolescents

Sans objet.

## Autres médicaments et DIPROSALIC, pommade

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez ou avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance.

## DIPROSALIC, pommade avec des aliments et boissons

Sans objet.

## Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

## Conduite de véhicules et utilisation de machines

Sans objet.

## 3. COMMENT UTILISER DIPROSALIC, pommade ?

### Posologie

Veillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin (quantité de pommade à appliquer et nombre d'applications). Vérifiez auprès de votre médecin ou votre pharmacien en cas de doute. La posologie habituelle est en moyenne de 1 à 2 applications par jour. N'augmentez jamais le nombre d'applications par jour sans demander l'avis de votre médecin.

### Mode et voie d'administration

- Ce médicament doit être appliqué sur la peau, sur la zone à traiter. Puis effectuez un léger massage pour étaler la pommade avec un gant en plastique jusqu'à ce que celle-ci soit entièrement absorbée.
- Si vous n'avez pas utilisé de gant pour appliquer la pommade : lavez-vous les mains après l'application.

## 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 corticoïde dans le sang (hypercorticisme) peuvent apparaître. Ils peuvent inclure notamment la maladie de Cushing, reconnaissable par une prise de

ديبروزاليك<sup>®</sup> مرهم  
بيتاميتازون، حامض ساليسيليك  
للدهن

LOT: 602  
PER: SEP 2022  
PPV: 37 DH 60



## Les effets indésirables

- des rougeurs et des irritations autour de la zone traitée,
- 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 cicatrisant difficilement avec un écoulement plus ou moins abondant au niveau des jambes (ulcères de jambes),
- une vision floue.

## Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

## 5. COMMENT CONSERVER DIPROSALIC, pommade ?

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

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte et le tube. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

Pas de précautions particulières de conservation.

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

## 6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

### Ce que contient DIPROSALIC, pommade

- Les substances actives sont :
 

Bétaméthasone	0,05 g
(sous forme de dipropionate de bétaméthasone).	
Acide salicylique	3,00 g

Pour 100 g de pommade.

- Les autres composants sont : l'huile de vaseline épaisse et la vaseline blanche.

Qu'est-ce que DIPROSALIC, pommade et contenu de l'emballage extérieur

Ce médicament se présente sous forme de pommade.

Chaque tube contient 30 g de pommade.

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.



Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché :  
MSD France  
34 Avenue Léonard de Vinci  
92400 Courbevoie



Fabriqué et distribué par :  
PHARMACEUTICAL INSTITUTE  
BP 4491 - 12100 Ain el aouda - Maroc  
Pharmacien responsable : Maria SEDRATI

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée : Octobre 2017.