

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 Étage 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- 064005

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0940 Société : 46261
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraité
Nom & Prénom : (retraité) HARRY Mohamed
Date de naissance : 02/05/1949
Adresse : Dar El Fadlana B 29 N° 5 Hay Mohamedi Core
Tél. : 0678429449 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 fournis 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) :



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										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
D 00000000	G 00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis											
			Fin d'exécution											
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution												

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17/0063755		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 17/ 0063755

DATE DE DEPOT
..... / / 201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0940	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom.....				
Fonction.....	Phones.....			
Mail.....				
MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date		
Nature de la maladie	Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Signature et cachet du médecin				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE	Date 5/10/2020			
Montant de la facture	66,50			
PHARMACIE SMARA BENJANI KENZA 43 Bd ALI YAKA HAY MOHAMMADI Tél. 05 22 61 83 24 CASABLANCA				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV



PHARMACIE SMARA

43,bd ali yaata hay smara

DR.BENNANI KENZA

R.C :189104

Patente:

T.V.A :

C.N.S.S:1145011

Tél :0222-61-83-24

Le 05/10/2020

FACTURE N°622644

N° ICE : 001598547000060

N° IF : 48118420

JOHRY MOHAMED

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DIPROSONE POMMADE GM	32,50	32,50	2,13	7,00
1	SURGAM CO 100MG	34,00	34,00	2,22	7,00
TOTAL T.T.C : 66,50					

PHARMACIE SMARA
BENNANI KENZA
43.Bd ALI YAATA HAY MOHAMMADI
Tél. 05 22 61 83 24 CASABLANCA

Nbr Articles	TVA 7% Base :	66,50	Montant :	4,35	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante Six Dirhams et 50 centimes.

سورگام® 100 ملغ

حمض تياپروفينيك
أقراص قابلة للكسر

1. تعريف الدواء

أ. الاسم:

سورگام 100 ملغ، أقراص قابلة للكسر.

ب. المكونات:

حمض

تياپروفينيك.

100 ملغ
في حالة سوابق الربو المقترن بركام مزمن أو التهاب مزمن للجيوب الأنفية أو أورام في الأنف. قد يؤدي تناول سورگام إلى أزمة ربو، خاصة لدى الأشخاص ذوي حساسية ضد الأسبرين أو مضادات الالتهابات غير الستيرويدية (راجع موانع الاستعمال)؛
- في حالة علاج متزامن بمضاد تخثر الدم. قد يؤدي هذا الدواء إلى ظهور أعراض معدية معوية خطيرة؛
- في حالة تعفن ما. يجب تعزيز المراقبة الطبية.
- في حالة جذري الماء. لا ينصح بهذا الدواء بسبب إصابات استثنائية خطيرة في الجلد.

ت. الشكل الصيدلي:

أقراص قابلة للكسر، عليه 30.

ث. الصنف الصيدلي العلاجي:

مضاد للالتهابات، مضاد الروماتيزم، غيرالستيرويدي.

2. حالات استعمال هذا الدواء

(إرشادات علاجية)

يوصف هذا الدواء لدى البالغين والأطفال ابتداء من 15 كلغ (أي تقريبا

ابتداء من 4 سنوات)؛

• في علاج طويل الأمد؛

• بعض التهابات الروماتيزم المزمنة.

• بعض أنواع داء المفاصل الحاد

• في علاج قصير الأمد؛

• الالتهاب المفاصل الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

• الالتهاب الحاد

SURGAM® 100 mg

Acide tiaprofénique

comprimé sécable.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination :

SURGAM 100 mg, comprimé sécable.

b) Composition :

Acide tiaprofénique.....100 mg.
Excipients : amidon de maïs, amidon de riz, amidon de maïs pré-gélatinisé, silice colloïdale anhydre (type AEROSIL® 200mg), stéarate de magnésium, talc.

c) Forme pharmaceutique : Comprimé sécable, boîte de 30.

d) Classe pharmaco-thérapeutique : ANTI-INFLAMMATOIRE, ANTIRHUMATISMAN, NON STEROÏDIEN.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Ce médicament est indiqué, chez l'adulte et l'enfant à partir de 15 kg (soit environ à partir de 4 ans) :

- en traitement de longue durée dans :
- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
- certaines arthroses sévères ;

- en traitement de courte durée dans :
- les douleurs aiguës d'arthrose,
- les douleurs lombaires aiguës,
- les douleurs et œdèmes liés à un traumatisme ;

- lors de règles douloureuses ;
- en traitement de certaines douleurs inflammatoires (gorge, oreille, bouche, nez).

3. ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

(Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédents d'allergie à l'un des constituants du comprimé,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins,
- maladie grave du cœur,
- enfants de moins de 15 kg, soit environ 4 ans (en raison du dosage inadapté).

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

b) Mises en garde spéciales :

CE MEDICAMENT NE DOIT ÊTRE PRIS QUE SOUS SURVEILLANCE MEDICALE.

PREVENIR VOTRE MEDECIN :

et sur ordonnance - TABLEAU

معرف فقط بموجب وصفة طبية

0

SURGAM 100MG

CP SEC B30

P.P.V : 34DHO0

6 1180001060864

LOT : 9MA104

PER.: 05 2021

- en cas d'antécédents d'une sinusite chronique ;
- l'administration de ce médicament est contre-indiquée, notamment chez les enfants souffrant d'asthme, d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, d'hémorragie digestive, de maladie du cœur, du foie ou du rein, d'asthme : la survenue de crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (cf. Contre-indications).
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.
d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :
AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec les anticoagulants oraux, les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris l'aspirine et ses dérivés), l'héparine, le lithium, le méthotrexate (à doses supérieures à 15 mg par semaine). IL FAUT SIGNALER SYSTEMATI- QUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.
e) Grossesse-Allaitement :
Au cours du 1er trimestre de grossesse (12 semaines d'aménorrhée soit 12 semaines après le 1^{er} jour de vos dernières règles), votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament.
De 2,5 à 5 mois de grossesse révolus (12 à 24 semaines d'aménorrhée), ce médicament ne sera utilisé que sur les conseils de votre médecin et en prise brève. L'utilisation

- أطفال وزنهون دون 15 كلغ، أي حوالي 4 سنوات (بسبب عدم تناسب الجرعة)

في حالة الشك، من اللازم استشارة الطبيب أو الصيدلي

ب. تحذيرات خاصة :

لا يجب تناول هذا الدواء إلا تحت مراقبة طبية.

يجب إخبار الطبيب :

- في حالة سوابق الربو المقترن بركام مزمن أو التهاب مزمن للجيوب الأنفية أو أورام في الأنف. قد يؤدي تناول سورگام إلى أزمة ربو، خاصة لدى الأشخاص ذوي حساسية ضد الأسبرين أو مضادات الالتهابات غير الستيرويدية (راجع موانع الاستعمال)؛
- في حالة علاج متزامن بمضاد تخثر الدم. قد يؤدي هذا الدواء إلى ظهور أعراض معدية معوية خطيرة؛
- في حالة تعفن ما. يجب تعزيز المراقبة الطبية.
- في حالة جذري الماء. لا ينصح بهذا الدواء بسبب إصابات استثنائية خطيرة في الجلد.

يجب توقيف العلاج فوراً في حالة :

• نزيف معدي معوي.

• إصابات خطيرة في الجلد على شكل فقاعات وحروق على كل الجسم (أثار غير مرغوب فيها ومزعجة).

• علامات تدل على الحساسية لهذا الدواء، وخاصة أزمة الربو أو الانقراض المفاجئ للوجع والتهق (أثار غير مرغوب فيها ومزعجة).

اتصل فوراً بالطبيب أو بمصلحة الاستعجالات الطبية.

ت. احتياطات الاستعمال :

يوجد هذا الدواء في أشكال جرعات أخرى قد تكون أكثر تناسباً

نظراً لضرورة تكيف العلاج، من المهم استشارة الطبيب في حالة :

• سوابق هضمية (حرقة قديمة للمعدة أو المعى الانعاشري)، نزيف هضمي،

• مرض القلب أو الكبد أو الكلى،

• الربو : قد يكون لظهور أزمة الربو لدى بعض الأشخاص ارتباطاً

بالحساسية للأسبرين أو لمضاد الالتهابات غير الستيرويدي (راجع موانع الاستعمال).

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ث. التفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى :

من أجل تفادي تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، وخاصة مع مضادات تخثر الدم الفعوية ومضادات الالتهابات الأخرى غير الستيرويدية (بما فيها الأسبرين ومشتقاته) والهيبارين والليتيوم وميتاتريكسات (بجرعات تتجاوز 15 ملغ في الأسبوع). يجب إخبار الطبيب أو

الصيدلي بانتظام عن أي علاج آخر موازي.

ج. الحمل - الرضاعة :

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

DIPROSONE® 0,05 % pommade

Bétaméthasone

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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, interrogez votre médecin ou 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 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. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DIPROSONE 0,05 % pommade et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DIPROSONE 0,05 % pommade ?
3. Comment utiliser DIPROSONE 0,05 % pommade ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DIPROSONE 0,05 % pommade ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DIPROSONE 0,05 % pommade ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : DERMOCORTICOÏDE (D. Dermatologie) - code ATC : D07AC01

DIPROSONE est destiné à l'usage cutané uniquement.

Ce médicament est un corticoïde local d'activité forte.

Il est préconisé dans certaines maladies de peau comme l'eczéma de contact, la dermatite atopique, le psoriasis, mais votre médecin peut le prescrire dans d'autres cas.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER DIPROSONE 0,05 % pommade ?

N'utilisez jamais DIPROSONE 0,05 % pommade dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6
- lésions ulcérées
- acné
- rosacée
- maladies infectieuses de la peau d'origine virale (herpès, zona, varicelle...), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dues à des champignons microscopiques) ou parasitaire
- application sur les paupières.

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

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant d'utiliser DIPROSONE 0,05 % pommade.

Ce médicament doit être utilisé en respectant les conseils du médecin :

- ne pas appliquer sur le visage sauf en cas de prescription formelle de votre médecin,
- éviter les applications sur une grande surface, sous un pansement occlusif en raison de la possibilité de passage d'une partie du principe actif dans le sang, éviter l'application prolongée, sur le visage, dans les plis,
- ne pas appliquer dans les yeux,
- toute irritation ou infection doit être signalée à votre médecin,
- si une réaction d'intolérance apparaît, le traitement doit être arrêté.

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

Contactez votre médecin en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels.

Enfants et adolescents

Sans objet.

Autres médicaments et DIPROSONE 0,05 % pommade

Compte tenu de l'usage local de ce produit, Aux doses recommandées, la bétaméthasone pour usage topique n'est pas susceptible de causer des interactions médicamenteuses significatives d'un point de vue médical.

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

DIPROSONE 0,05 % 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.

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

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Sans objet.

DIPROSONE 0,05 % pommade contient

Sans objet.

3. COMMENT UTILISER DIPROSONE 0,05 % pommade ?

Posologie

Veillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

La posologie est de 1 à 2 applications par jour en couche mince, suivies d'un léger massage.

Ne pas augmenter le nombre d'applications par jour.

Mode et voie d'administration

Voie cutanée

Il est conseillé d'appliquer le produit en touches et légèrement jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé. Se laver les mains immédiatement après l'application pour traiter vos mains.

Fréquence d'administration

1 à 2 applications par jour selon l'ordonnance de votre médecin.

Durée du traitement

L'arrêt du traitement se fera de façon progressive, utilisant un corticoïde moins fort ou moins dosé.

Respecter strictement l'ordonnance de votre médecin.

Si vous avez utilisé plus de DIPROSONE 0,05 % pommade :

Utilisez toujours DIPROSONE 0,05 % pommade.

Si vous avez accidentellement appliqué plus de pommade :

prescrit par votre médecin, ne vous inquiétez pas.

L'utilisation excessive ou prolongée des corticoïdes peut entraîner des manifestations d'hypercorticisme, incluant la maigrissement.

Traitement : un traitement symptomatique approprié.

Si vous oubliez d'utiliser DIPROSONE 0,05 % pommade :

N'appliquez pas de dose double pour compenser.

Si vous arrêtez d'utiliser DIPROSONE 0,05 % pommade :

Sans objet.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES

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, il y a un risque d'atrophie de la peau, de dilatation de petits vaisseaux sanguins, vergetures.

Des cas d'hypertrichose, de dépigmentation, d'atrophie de la peau ont été observés.

En cas de traitement sous pansement occlusif ou dans les plis, des effets indésirables peuvent survenir (tels que l'hypertrichose).

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, signalez-le à votre médecin.

Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable non mentionné dans cette notice.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables au système national de déclaration.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à améliorer la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER DIPROSONE 0,05 % 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 l'emballage. 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 contribuent à protéger l'environnement.

6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

Ce que contient DIPROSONE 0,05 % pommade

• La substance active est :

Dipropionate de bétaméthasone micronisée 0,064 g

Quantité correspondante en bétaméthasone 0,050 g

Pour 100 g de pommade.

• Les autres composants sont : paraffine liquide, vaseline blanche.

Qu'est-ce que DIPROSONE 0,05 % pommade et contenu de l'emballage extérieur

Ce médicament se présente sous forme de pommade.

Tube de 15 g ou 30 g.

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est :

Juin 2018



Titulaire de l'AMM
MSD France
34 Avenue Léobard de Vinci
92400 Courbeville



Fabriqué et distribué par :
Pharmaceutical Institute
BP 4491 - 12100, Ain El Aouda - Maroc
h.f. Pharmacien Responsable : Maria SEDRATI



DIPROSONE 0,05 % pommade

LOT : 606
PER : AVR 2023
PPV : 32 DH 50