

# 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.

## 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.

## Maladie :

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- 064008

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0940 Société : 46388

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraite

Nom & Prénom : J. H. R. Y Mohamed

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : Don F. ... B29 N° 5149

Mohamed ...

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 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) :





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

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b> <b>P17/0063754</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



**P17/0063754**

**DATE DE DEPOT**

/ / 2014

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>0840</b>	Signature de l'adhérent 
Nom & Prénom <b>JOHRY Mohamed</b>			
Fonction <b>retiré</b>	Phones <b>06 78 42 44 49</b>		
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie			Date 1ère visite .....
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes			Signature et cachet du medecin 
Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<b>PHARMACIE</b>	Date <b>5/10/2020</b>		Signature et cachet du pharmacien 
Montant de la facture	<b>51,80</b>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			Date .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET 
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date .....	CACHET 
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC IM IV		

# Otrivine

0.1% Nébuliseur Adulte

Xylométazoline chlorhydrate

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

• 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 votre pharmacien.

• Si les symptômes persistent, plus de 7 jours, demandez l'avis de votre médecin.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

#### 1-Qu'est-ce que Otrivine et quand est-il utilisé ?

Otrivine 0.1% Nébuliseur est indiqué dans le traitement de la congestion nasale, de la rhinite périmale et allergique (y compris rhume des foins) et de la sinusite.

Otrivine Adulte contient du chlorhydrate de xylométazoline qui aide à décongestionner et à nettoyer les conduits nasaux en réduisant les sécrétions nasales excessives ainsi les vaisseaux sanguins gonflés reviennent à leur taille normale.

#### 2- Quand Otrivine ne doit-il pas être utilisé ?

Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 15 ans et en cas notamment :

- D'allergie à la xylométazoline ou aux autres composants du produit.

- D'allergie à un autre décongestionnant
- D'hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée,
- D'antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'AVC, en raison de l'activité sympathomimétique alpha du vasoconstricteur,

- D'insuffisance coronarienne sévère,
- D'antécédents de convulsions,
- D'intervention chirurgicale récente au niveau de la tête.

#### 3-Quelles sont les précautions à observer lors de l'utilisation d'Otrivine ?

Veillez consulter votre médecin en cas :

- D'hyperactivité de la thyroïde ou de diabète (Diabète mellitus), de glaucome à angle étroit, hypertension, maladies cardiovasculaires, grossesse ou allaitement.

Sans avis médical, Otrivine ne doit pas être utilisé plus de 5 jours.

Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 15 ans. Ce médicament ne doit pas être utilisé sans ordonnance médicale.

#### 4- Interactions avec d'autres médicaments

Veillez informer votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou utilisez déjà d'autres médicaments (spécialement : les IMAO ou d'autres antidépresseurs), incluant ceux utilisés sans prescription.

Il est inutile et potentiellement dangereux d'associer entre deux médicaments contenant un vasoconstricteur seul ou associé à une ou plusieurs substances actives (même administrés par des voies différentes).

#### 5-Otrivine peut-il être utilisé pendant la grossesse ou l'allaitement ?

Avant d'utiliser Otrivine pendant la grossesse ou l'allaitement, veuillez consulter votre médecin.

#### 6-Comment utiliser Otrivine ?

Sauf prescription contraire du médecin, vous devez vous tenir aux recommandations posologiques suivantes **pour Adultes et enfants plus de 15 ans** :

Une nébulisation dans chaque narine, 2 à 3 applications par jour.

La posologie maximale journalière ne doit pas être dépassée.

La durée maximale de traitement ne doit pas excéder 5 jours.

Mode d'emploi du nébuliseur :

1. nettoyez votre

2. Inclinez v

insérez l'embo

3. Exercez un

inspirez en m

4. Retirez l'em

nébuliseur.

5. Répétez l'o

Veillez-vous

notice d'emp

vous estime

faible ou

adresser

Chaque

personne

Ne pas

ouverture

**Ne pas d**

**En cas**

**médicam**

**7-Quels**

**provoque**

Comme tou

nébuliseur pe

que tout le m

Une gêne

l'application

nasaux se

L'utilisation

secondaire

de brûlur

nausées,

muqueus

des réacti

Certains

palpitations

de problèm

**Si vous rem**

**sont pas m**

**en inform**

**8-A quoi f**

Le médic

date figu

recipient.

Conserve

Les médi

portée des

Pour de

de votre m

d'une info

nels.

**Que conti**

Otrivine

dans un fl

Le nébul

xylométaz

sodique,

chlorure

teur.

La derniè

est Juin 20

**Titulaire d**

GlaxoSmith

**Information**

GlaxoSmithK

42-44 Angle

Ghazali, Casablanca - Maroc

Tel : 212 (0) 5 22 48 00 02, Fax: 212 (0) 5 22 48 00 41

**Fabriqué par :**

Laboratoires Sothema

82, Boulevard Cheichaoui

ZI Sidi Bernoussi, 20 590 Casablanca

## Otrivine

1%  
/00

**Décongestionnant  
de la muqueuse  
nasale**



### Nébuliseur

Solution 10 ml

gsk

LOT: M0615  
EXP: FEV 2022  
PPV: 19,30 DH



gsk



# DIPROSONE® 0,05%, pommade

Bétaméthasone

**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 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

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 A 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 (dûes à des champignons microscopiques) ou parasitaire
  - application sur les paravertebrs.
- 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,
  - 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.

### Conduite de véhicules et utilisation de machines

Sans objet.

## 3. COMMENT UTILISER DIPROSONE 0,05 %, pommade ?

**Posologie**  
Veuillez 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 espacées, puis de l'étaler en massant légèrement jusqu'à ce qu'il soit complètement absorbé.

Ne pas utiliser la pommade pour traiter vos mains.

## Fréquence d'administration

1 à 2 applications par jour selon

## Durée du traitement

L'arrêt du traitement se fera de

l'avis de votre médecin.

Respecter strictement l'ordonnance

de votre médecin.

Si vous avez utilisé plus de D

IPROSONE 0,05 %, pommade

consultez votre médecin.

Si vous avez accidenté

la zone traitée, évitez de la reproduire. L'utilisez

locaux peut être à l'origine de ma

l'avis de votre médecin.

Si vous oubliez d'utiliser DIPRO

IPROSONE 0,05 %, pommade

Si vous arrêtez d'utiliser DIPRO

Sans objet.

## 4. QUELS SONT LES EFFETS

Comme tous les médicaments, DIPROSONE 0,05 %, pommade, mais ils ne survient

En cas d'utilisation prolongée, il

la peau, dilatation de petits vais

Des cas d'hypertrophie, de dépi

particulier en cas de traitement s

été rapportés.

D'autres effets indésirables peuv

l'avis de votre médecin.

## Déclaration des effets second

Si vous ressentez un quelconq

ou votre pharmacien. Ceci s'appliq

pas mentionné dans cette notice.

En signalant les effets indésirables,

d'informations sur la sécurité du mé

l'avis de votre médecin.

## 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 contribueront 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

micronisé.

Quantité correspondante en bétaméthasone

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.

Quantité correspondante en bétaméthasone

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

0,064 g

0,050 g

DIPROSONE 0,05 %  
pommade



LOT: 583  
PER: DEC 2022  
PPV: 32 DH 50

بروزون 0,05 % مرهم  
یتامیتازون  
دهن فقط



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   laquelle cette notice a été approuvée: Octobre 2017.



DR.BENNANI KENZA

# PHARMACIE SMARA

43,bd ali yaata hay smara

R.C :189104

Patente:

T.V.A :

C.N.S.S:1145011

Tél :0222-61-83-24

Le 05/10/2020

**FACTURE N°622647**

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	OTRIVINE GN 1%	19,30	19,30	1,26	7,00
<div>PHARMACIE SMARA BENNANI KENZA 43,Bd ALIYAATA HAY MOHAMMADI Tél. 05 22 61 83 24 CASABLANCA</div>					
TOTAL T.T.C :					51,80

Nbr Articles

TVA 7% Base :

51,80

Montant :

3,39

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cinquante Un Dirhams et 80 centimes.