

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 74105

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Touili Dammis

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.60.71.63.71

Total des frais engagés : Dhs

A 85571

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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

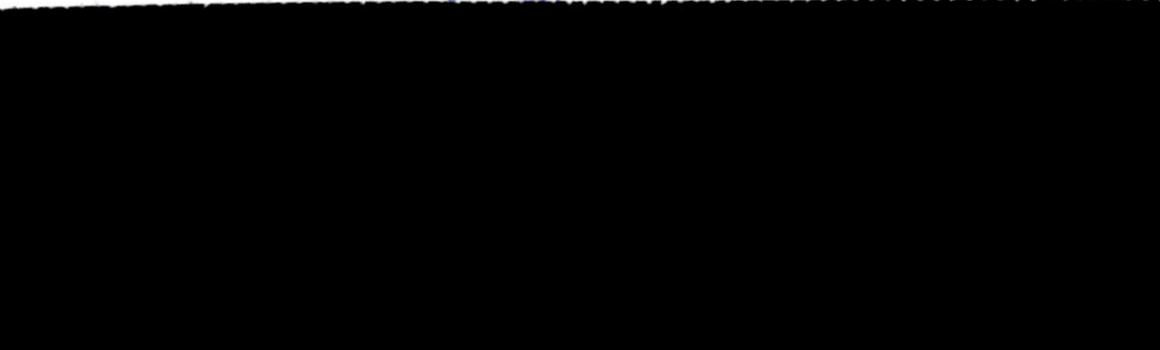
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASAB

Le : / /

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



RELEVE 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

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D 00000000 B 00000000	G 00000000 B 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

Conditions Générales

DATE DE DEPOT

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposée pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 722104

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Faouzi DRISSA

Matricule : 7405 Fonction : Agent Poste : 2285

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL CAÏD Abdellatif Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Eczéma

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A CRRA le 16/10/23 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

722104

Matricule N° : 7405 Nom du patient : EL CAÏD Abdellatif Date de dépôt :
Montant engagé : 590 DHS Nombre de pièces jointes :



RELEVE 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
16/10/2023	CS	300 DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SAFAR PHARMA PHARMACEUTIQUE Dr A. EL ANI Hama Ghrib 27310 Hammamdia Tél : 0523317192	16/10/2023	99000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

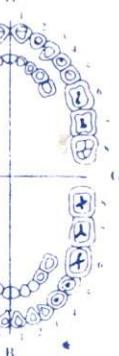
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANT 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

Un risque de passage dans le sang de ce corticoïde local existe par augmentation de sa pénétration cutanée dans les situations suivantes :

- Traitement prolongé
- Application sur une zone étendue
- Application cutanée **sous occlusion** : par ex. au niveau des plis ou sous pansement **occlusif sous les couches**.
- Augmentation de l'hydratation de la peau
- Application sur des surfaces cutanées fines comme le visage
- Application sur des lésions cutanées
- Application chez l'enfant, particulièrement chez l'enfant en bas âge car plus à risque d'effets indésirables généraux que l'adulte en raison d'une peau immature et d'un rapport surface corporelle / poids plus important que l'adulte. Ces effets disparaissent à l'arrêt du traitement mais un arrêt progressif est nécessaire.

Une utilisation dans le traitement du psoriasis nécessite une surveillance médicale attentive des rechutes, le **développement** d'une accoutumance, un risque de psoriasis pustuleux généralisé et une toxicité locale ou générale due à l'altération de la barrière cutanée.

Signalez toute irritation ou infection à votre médecin car un traitement antimicrobien approprié devra être utilisé chaque fois que les lésions inflammatoires traitées s'infectent. Si l'infection se propage, il faut arrêter la corticothérapie locale et traiter l'infection.

Ulcères chroniques de jambe

Les corticoïdes locaux sont parfois utilisés en traitement des lésions inflammatoires de la peau (dermatites) entourant les ulcères chroniques de jambe. Cet usage peut être associé à une augmentation des réactions allergiques locales et du risque d'infection locale.

Si une allergie locale apparaît, vous devez arrêter le traitement et consulter votre médecin.

Ce médicament contient du propyléneglycol et peut induire des irritations de la peau.

Ce médicament contient de l'alcool cétostéarylique et peut provoquer des réactions cutanées locales (par exemple : eczéma).

Ce médicament contient du chlorocrésol et peut provoquer des réactions allergiques. **EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

Enfants

N'utilisez jamais Dermoval 0,05 %, crème chez le nourrisson (enfant âgé de moins de 2 ans).

En raison du risque d'insuffisance corticosurrénaliennes, un traitement chez l'enfant de moins de 12 ans doit être soumis à une stricte surveillance médicale, avec un traitement limité à quelques jours seulement et une réévaluation chaque mois.

Autres médicaments et Dermoval 0,05 %, crème :

Informez votre médecin ou pharmacien si vous utilisez, avez récemment utilisé ou pourriez utiliser :

Lors de l'utilisation concomitante de corticostéroïdes locaux et d'antidiabétiques, une diminution de leur effet peut être observée. Vous devez par conséquent renforcer votre autosurveillance glycémique et.

Grossesse et allaitement

Grossesse

Si nécessaire, ce médicament peut être utilisé pendant la grossesse.

Allaitement

Il faut éviter que l'enfant soit en contact prolongé avec la crème.

Appliquer 1 à 2 fois par jour, en fine couche sur la surface des malades après l'application d'une crème solutio
utilisant un corticoïde absorbé. Se laver les mains après chaque application et faire un nettoyage de la peau.

En général, le traitement sera court. L'arrêt du traitement doit être progressif et progressif.

Dans certains cas d'amélioration, il peut être nécessaire de continuer le traitement pendant plusieurs mois.

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.

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.

3. COMMENT UTILISER DERMOMAL 0,05 %, crème ?

DERMOVAL 0,05 %, crème contient du propyléneglycol, de l'alcool cétostéarylique, du chlorocrésol.

Verifiez toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les instructions de votre médecin ou de votre pharmacien.

Verifiez toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les instructions de votre médecin ou de votre pharmacien.

Verifiez toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les instructions de votre médecin ou de votre pharmacien.

Verifiez toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les instructions de votre médecin ou de votre pharmacien.

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

DERMOVAL 0,05 %, crème

Propionate de clobétasol

Veuillez 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 ou votre infirmier/ère.
- 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 DERMoval 0,05 %, crème et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DERMoval 0,05 %, crème ?
3. Comment utiliser DERMoval 0,05 %, crème ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DERMoval 0,05 %, crème ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

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

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

Ce médicament contient du propionate de clobétasol qui est un corticoïde local d'activité très forte, il est destiné à une application cutanée.

Il est indiqué généralement dans certaines maladies de la peau peu étendues (surface limitée) :

- En plaques et ne répondant pas à d'autres traitements :
 - psoriasis (plaques épaisses, rouges et inflammatoires, souvent recouvertes de squames brillantes),
 - lupus érythémateux discoïde (plaques associant rougeur, vaisseaux superficiels visibles et squames épaisses)
 - lichen (plaques rouges ou violacées provoquant des démangeaisons).
- Cicatrices hypertrophiques (en relief)
- Lésions non infectées, peu étendues ne répondant pas à un corticoïde d'activité moins forte et limitées en surface.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DERMoval 0,05 %, crème ?

N'utilisez jamais DERMoval 0,05 %, crème :

- si vous êtes allergique à la substance active, le propionate de clobétasol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6,
- en cas de lésions ulcérées,
- en cas d'acné,
- en cas de rosacée (affection de la peau, siégeant sur le visage, provoquant des rougeurs sur le nez, les joues, le menton, le front ou la totalité du visage, pouvant engendrer une dilatation des petits vaisseaux sanguins et l'apparition de boutons (papules) parfois remplis de pus (pustules)),
- en cas d'infections non traitées : d'origine virale (herpès, zona, varicelle...), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dues à des champignons microscopiques) ou parasitaire....,
- chez le nourrisson (enfant âgé de moins de 2 ans),
- en cas de dermatite péri-orale (éruption et rougeur autour de la bouche).

Avertissements et précautions

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

En raison du risque d'insuffisance corticosurrénaliennes, un traitement chez l'enfant de moins d'une stricte surveillance médicale, avec un traitement limité à quelques jours seulement et une surveillance étroite.

Eviter tout contact avec les yeux et les muqueuses.

Ne pas appliquer sur les paupières en cas de traitement prolongé en raison du risque de cataracte.

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

Ne pas appliquer sur le visage en cas de traitement prolongé en raison du risque d'atrophie cutanée.

Il est souhaitable d'éviter les applications sur une grande surface, sous un pansement ou couche imperméable en particulier chez les enfants en raison de la possibilité de passage d'une partie du principe actif dans le sang.

Une infection bactérienne peut survenir, favorisée par la chaleur et l'humidité présentes dans les plis cutanés ou sous un pansement occlusif. En cas d'utilisation d'un pansement occlusif, le peau doit être nettoyée régulièrement et le pansement changé.

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 651460
6 118000 161295



EXP 09/2024

Lot 611800

CABINET MÉDICO-CHIRURGICAL DE DERMATOLOGIE, MÉDECINE ESTHÉTIQUE ET LASERS



Dr.JAWHARI Idrissi L K
DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

diplômé de l'université de médecine de versailles - Paris
Ex Attachée au chu ibn rochd - Casabalanca
Ex dermatologue à l'hôpital international cheikh zaïd-Rabat

Mohammedia le :

~~17 JUN 2023~~

16/06/2023.

El coti Nel Amb

① boger Cavailles huile larote

100 ml

239,00

gr



② Dielute

cd elcre (27ml)

126,00

+ Dermolot (27ml)

3 flacon

16,00

+ System ca (30ml)

1 flacon

299,00

05 23 32 77 32 - 06 18 16 45 98

N° 3. Bd El Horia Al Alia . Mohammedia - dr.jawhari.idrissi@gmail.com

EAU THERMALE
Avène

Cc 237,00

⑤ Zygoc

3g 2 3gr

⑥ Cigale fl-Sgt (10ml)

3g fl (20ml)

⑦ Zahryf

DR. JAHARI LK
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE
N°3, Bd Dakhla El Horaia
AI Alia - Mohammadia
Tél: 05 23 37 77 32 - 06 18 16 45 98
Email: dr.jahari.larissi@gmail.com

سيسترال® كريم

مضاد للهيستامين والحساسية له تأثير مضاد للحكمة، منعش، مهدئ، سريع

التركيب :

١ غم من سيسسترال كريم يحتوى

كلورفينوكسامين كلورهيدرات

على هيئة مستحلب زيت / ماء نفاذ للجلد

الخواص والإستعمال :

15 مغم

إن الإستعمال الموضعي لسيسترال ذو ميزة خاصة في حالات الأمراض ذات الأصل الذي يرجع للحساسية والمصحوبة باكalan كالارتكاريما والأكزيما الحادة والحرقون البسيطة . والحرقون الشمسية الشعور بالحرقان نتيجة للاملاسة نبات مدبوس، لدغات الحشرات .

وهذا الاستعمال الموضعي يضمن الازالة السريعة وطويلة الأثر لهذه الأعراض الغير مرغوبية .

وسيسترال كريم يتحمله الجسم بدرجة ممتازة حتى بالنسبة للبشرة الحساسة وسيسترال كريم يمكن توزيعه بسهولة، يخترق الجلد بسرعة، لا يرى على البشرة ولا يترك بقع على الجلد بل إنه يحميه .

طريقة الاستعمال والجرعات :
من الممكن استعمال سيسسترال كريم مرات عديدة يومياً للم منطقة المراد علاجها وسيسترال كريم سهل الإختلاط بالماء ولذلك فمن السهل غسله وإزالته ومن الممكن إكمال العلاج مع سيسسترال كريم بسيسترال أقراص .

الأثار الثانوية :

لاتوجد طالما استعمل للغرض المخصص له .

الأخطار وعدم الملائمة :

طالما استعمل للغرض المخصص من أجله .

ملاحظات :
لا يستعمل للمساحات الكبيرة (متلا في حالات
عند الأطفال الصغار والرضع) لعدة الطيب في الحال

العبوات :

أنبوب بها 20 غم سيسسترال كريم .

دواء يجب حفظه بعناية وحرص كما يجب أن يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال

لابروفان ش.م. 21، زنقة الأوداية - الدار البيضاء
يصنع في المغرب برخصة من مخابر ميدا

Systral® Crème

Agent antiallergique et antihistaminique d'action antiprurigineuse, rafraîchissante et calmante rapide

Composition :

1g de Crème contient :

Chlorphénoxamine chlorhydrate 15 mg
dans une émulsion H / E dermo-affine

Propriétés et indications :

L'application locale du Systral s'est révélée particulièrement utile dans les affections cutanées d'origine allergique accompagnées de démangeaisons telles que l'urticaire, éczéma aigus, brûlures légères, érythème solaire, brûlures de méduse, piqûres d'insectes et engelures.

Assure le soulagement rapide et prolongé des symptômes pénibles.

Systral Crème présente une excellente tolérance locale même au niveau de la peau sensible.

Systral Crème peut être réparti facilement, pénètre vite et assouplit la peau gercée.

Administration et posologie :

Systral Crème peut être appliquée plusieurs fois par jour sur la région cutanée à traiter.

Systral Crème est miscible à l'eau et facile à enlever.
Le traitement externe peut être complété par l'administration de Systral dragées.

Effets secondaires : n'existent pas pour l'emploi approprié.

Incompatibilités et risques : n'existent pas

Remarque :

A ne pas appliquer sur de larges surfaces (d'échaudures) chez les nourrissons et petits de consulter immédiatement le médecin.

Présentation :

Systral Crème : Tube de 20 g

Systral® 15 mg
Crème 20 g

6 118 000 030515

PPV 16DH60
EXP 01/2028
LOT 29052 2

Médicaments à conserver avec précaution
à portée des enfants

LAPROPHAN S.A. 21

Fabriqué au Maroc sous licence des laboratoires

DISDUZ/DOZUMFT1106/11