

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.

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 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

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.

N° W19-502947

40963

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1386		Société : EXPLA ITÉ	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAT WAHID MEL			
Date de naissance : 01-01-48			
Adresse : 85 AL MAFRAZAH 2136 N° 24 MAY EL QADIS BEN YOUSSEF			
Tél. : 0601992036		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : / /		
Nom et prénom du malade : /		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : /		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16 SEP. 2020		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous l'obligatoire 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 : / /
Signature de l'adhérent(e) : /



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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

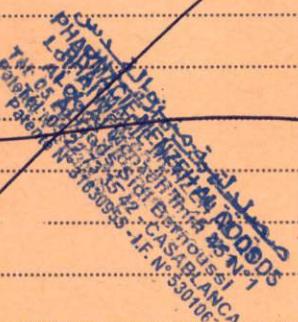
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/08/2020	41,50

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

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)																		
				INP : <input type="text"/>																		
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
				Montants des soins <input type="text"/>																		
				Début d'exécution <input type="text"/>																		
				Fin d'exécution <input type="text"/>																		
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		B			00000000	00000000		35533411	11433553	
D	H	G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
B																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

صيدلية منزه القدس
PHARMACIE MENZEH AL QODS
Lot. Al Menzeh Imm 45 N°1
Al Qods Sidi Bernoussi
Tél: 05 22 73 36 42 - CASABLANCA
Patente N° 31830955 - I.F. N° 53010629

Cesja
Facture N° 24/08/2020
0008142
Mr Chlefiane Red

Quantité	Désignation	P. Unit.	P.Total
1	pansof SV	17,30	17,30
2	D'ipsone	24,20	24,20
<hr/>			
			
			
<hr/>			
Totals 41,50			

Parasphan®

PARASPHAN®
Paracétamol, aspirine, caféine

FPV 17DH30
EXP 01/2023
LOT 90047 4

ENTATIONS

et 20 comprimés effervescents

p. comp eff.
0,135 g
0,265 g
0,040 g

psychique et antipyrrétique par l'acide acétylsalicylique et le paracétamol, psychostimulante

Par cette association, on peut faire une posologie des deux constituants analgésique et antipyrrétique, ce qui entraîne une diminution des effets secondaires de chacun de ces principes actifs.

Les études pharmacologiques expérimentales ont en effet montré une potentialisation de l'activité analgésique de type synergique et une potentiation de l'activité antipyrrétique de type additif.

La solubilité totale des comprimés effervescents dans l'eau leur confère une excellente résorption et par conséquent, une action rapide et intense.

INDICATIONS

PARASPHAN® est indiqué dans le traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles.

POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Réservez à l'adulte (plus de 15 ans).

1 ou 2 comprimés par prise à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures.

Ne pas dépasser 7 comprimés par jour.

Chez le sujet âgé, il est conseillé de ne pas dépasser 5 comprimés par jour.

Les comprimés doivent être dissous dans un verre d'eau, de lait ou de jus de fruit.

Les prises doivent être espacées d'au moins 4 heures.

CONTRE-INDICATIONS

- Ulcère gastrique ou duodénal évolutif.
- Antécédent d'hypersensibilité à l'un des composants.
- Maladies hémorragiques.
- Traitement anticoagulant.
- Méthotrexate.
- Femme enceinte à partir du 6^{ème} mois (cf. grossesse et allaitement).
- Enfants de moins de 15 ans.
- Association aux AINS et à la tiolopidine.
- Crise d'asthme liée à l'aspirine ou aux AINS.
- Insuffisance hépato-cellulaire sévère.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

En cas d'antécédents d'ulcère gastro-duodénal, ou d'hémorragie digestive, de traitement anticoagulant associé, de traitement prolongé ou à fortes doses, d'asthme ou d'insuffisance rénale, une surveillance médicale régulière est nécessaire.

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin et le dosage de la glycémie.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse :

En cas de grossesse, éviter les prises à partir du 6^{ème} mois et les prises prolongées. Les prises ponctuelles au cours des 5 premiers mois ne posent pas de problème, il est préférable de ne pas utiliser l'aspirine en traitement chronique au-delà de 150mg/j.

Allaitemnt :

A éviter pendant l'allaitement.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :

Sodium environ 429 mg par comprimé.

Ceci est un médicament

Un médicament n'est pas un produit comme les autres

Il vous concerne, vous et votre santé

Le médicament est un produit actif

Une longue recherche a permis de découvrir son activité mais son absorption n'est pas toujours sans danger

Il ne faut jamais abuser des médicaments

Il ne faut utiliser les médicaments qu'à bon escient

Utilisez les médicaments prescrits comme vous le conseille votre médecin

Il sait quels sont les médicaments dont vous avez besoin

Exécutez exactement les prescriptions de son ordonnance : suivez le traitement prescrit, ne l'interrompez pas, ne le reprenez pas de votre seule initiative

Votre pharmacien connaît les médicaments : suivez ses conseils

Il ne s'agit pas pour vous de prendre des médicaments en quantité importante

Il s'agit pour vous de prendre les médicaments dont vous avez besoin

NE LAISSEZ PAS LES MEDICAMENTS A LA PORTEE DES ENFANTS.

Laboratoires de Produits Pharmaceutiques d'Afrique du Nord
LAPROPHAN S.A. 21, Rue des Oudaya - CASABLANCA
230707F56512P031110

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 CONNAITRE 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
- iéssions ulcérées
- Acné

pharma,
La poso
léger m
Ne pas à
Mode et
Voie cuta
Il est cons
massant lég
Se laver les
pommade r
Fréquence
1 à 2 appli
selon

DIPROSONE® 0,05 %
pommade



6 118000 051121

Durée du traitement

L'arrêt du traitement se fera de façon progressive, en espaçant les applications et/ou en utilisant un corticoïde moins fort ou moins dosé.

Respecter strictement l'ordonnance de votre médecin et ne pas prolonger le traitement.

Si vous avez utilisé plus de DIPROSONE 0,05 %, pommade que vous n'auriez dû

Utilisez toujours DIPROSONE 0,05 %, pommade comme votre médecin vous l'a indiqué. Si vous avez accidentellement appliqué plus de DIPROSONE 0,05 %, pommade, que prescrit par votre médecin, ne vous inquiétez pas mais évitez de le reproduire. L'utilisation excessive ou prolongée des corticoïdes locaux peut être à l'origine de manifestations d'hypercorticisme, incluant la maladie de Cushing.

Traitements : un traitement symptomatique approprié est indiqué.

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

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

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

Sans objet.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

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'amincissement et de fragilité de la peau, dilatation de petits vaisseaux sanguins, vergetures, poussée d'acné. Des cas d'hypertrichose, de dépigmentation, d'infection secondaire en particulier en cas de traitement sous pansement occlusif ou dans les plis, ont été rapportés.

D'autres effets indésirables peuvent survenir (fréquence indéterminée) : vision floue.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin

مرهم % 0,0

LOT : 356
PER : AUT 2 022
PPV : 24 DH 20