

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Prothèse 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° M21- 081158

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10068 Société : ND 107789
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HSAIN JAMAL
Date de naissance : 17.08.1961
Adresse : HAY TANK RUE 55 n°3 Berram
Tél. 06.22.38.15.00 Total des frais engagés : 007 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
Date de consultation : 21/2/2022
Nom et prénom du malade : Hsain Jamal Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Nécrophonie
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) :

RELEVÉ 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
12/03/2022		CS	G	 Dr. Houba BENJELLOUN Oncologie - Radiothérapie
21/02/2022		CS	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL-NOU Dr. ZOUHAIR FACHANI 219/221 Bd. Abi Dar Elghazali Sidi Bernoussi Casablanca Tél : 05 22 75 15 25	21/04/22	3970

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

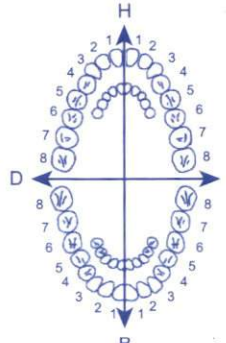
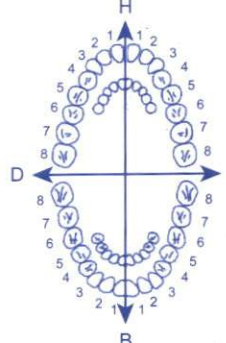
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Unité d'Oncologie - Radiothérapie

Casablanca, le 21/02/2022

N° H Sain Jamal

3970

Fucidine pommade



1 appx 3/j

PHARMACIE ENNOUR
Dr. ZOUHAIR Fatima
219/221 Bd. Abi Dar ElGhafar
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 73 15 26

Dr. Houda BENJELLOUN
Oncologie - Radiothérapie
05 22 66 64 81

Fucidine® 2% pommade



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez à personne d'autre. Vous risqueriez de lui causer tort, même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

♦ IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

DENOMINATION

FUCIDINE® 2%, pommade

COMPOSITION QUALITATIVE / QUANTITATIVE

COMPOSITION	Centésimale	Par tube de 15 g
Fusidate de sodium	2 g	300 mg
Excipients q.s.p.	100 g	15 g

Excipients : alcool cétylique, lanoline, vaseline, paraffine liquide.

FORME PHARMACEUTIQUE

Pommade, Tube de 15 g.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTI-INFECTIEUX

Antibiotiques-antibactériens / antibiotiques actifs sur la synthèse des protéines (D : Dermatologie).

♦ DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est un antibiotique.

Ce médicament est préconisé dans les infections cutanées dues à des germes staphylocoques et streptocoques.

♦ ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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

- allergie à l'acide fusidique ou à l'un des excipients,
 - infections mammaires lors de l'allaitement en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- La pommade ne doit pas être appliquée sur l'œil.
 - Ne pas utiliser la pommade sur de trop grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.
 - Ne pas utiliser la pommade sur les lésions suintantes macérées, ni dans les plis, ni sur les ulcères de jambe.
- EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas d'allaitement, ne pas appliquer sur le sein.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

Lanoline.

♦ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

POSOLOGIE

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée, application locale avec ou sans pansement. Éviter l'application en couche épaisse.

FREQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ

Une ou deux applications par jour après nettoyage de la surface infectée.

DURÉE DU TRAITEMENT

Limiter le traitement à une semaine, à titre indicatif.

♦ EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS :

Dans certains cas, il est possible que survienne un eczéma allergique avec parfois des lésions éloignées du lieu de traitement :

il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

En fonction de l'absorption du produit à travers la peau, en particulier chez le nourrisson, la possibilité d'effets non souhaités au niveau du foie ne peut être exclue. SIGNELEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

♦ CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à température ambiante.

♦ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE I

VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DELIVRER QUE SUR ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT PRESCRIT DANS UNE SITUATION PRÉCISE :

- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS
- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL
- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE.

Fabriqué sous licence par POLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane - Maroc

Dr. M. HOUBACHI : Pharmacien Responsable

فوسيدين 2%
مرهم
أنبوب من 15 غ

39,70



فوسيدين 2% مرهم

ينبغي قراءة كامل هذه النشرة قبل استعمال هذا الدواء. احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى إعادة قراءتها من جديد. إذا كانت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك شك ما، أطلب المزيد من المعلومات من طبيبك أو من الصيدلي. لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تعطه أبداً لشخص آخر، حتى في حالة وجود أعراض مشابهة. قد يعرضه ذلك للإصابة.

التعريف بالدواء

التسمية:

فوسيدين 2% مرهم

التركيبية النوعية الكمية

التركيب	المئوي	لأنبوب من 15 غ
الحامض الفوسيديك (أي أن) ملح الصوديوم	2 غ	300 ملغ
السواغات بكمية كافية لـ	100 غ	15 غ

السواغات: كحول سيتيلي، لانولين، فازلين، بارافين سائل.

الشكل الدوائي

مرهم، أنبوب من 15 غ

الطلة الدوائية العلاجية

مضاد للعدوى

مضادات حيوية - مضادات للبكتيريا / مضادات حيوية تؤثر على تركيب البروتينات.

(D، طب الجلد).

في أية حالة (حالات) يستعمل الدواء؟

هذا الدواء هو مضاد حيوي.

يوصف هذا الدواء لدى وجود إشارات جلدية ناتجة عن الجراثيم المكونة العنقودية والجراثيم المكونة العنقودية

إنتهى!

في أية حالة (حالات) يجب عدم استعمال هذا الدواء؟

يجب ألا يستعمل هذا الدواء في الحالات التالية:

• الحساسية تجاه الحامض الفوسيدي أو أحد السواغات.

• إشارات الشرى لدى الأشخاص بسبب احتمال إمتصاص المستحضر من قبل المونود الجديد.

في حال الشك، ينبغي طلب رأي الطبيب أو الصيدلي.

تحذيرات خاصة

لا يترك أبداً بمتناول الأغفال

احتياطات الاستعمال

• لا يوضع المرهم على العين.

• لا يستعمل المرهم على مساحات كبيرة جداً، وخاصة لدى الطفل الرضيع.

• يجب ألا يستعمل المرهم على الإصابات الراشحة المعطة أو بين الشفايا أو على فروج النساء.

في حال الشك، لا تتردد في طلب رأي الطبيب أو الصيدلي.

تفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى

من أجل تفادي تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، يجب أن تقوم دائماً بإبلاغ الطبيب أو الصيدلي عن أي علاج آخر تخضع له.

الحمل - الإرضاع

في حالة الإرضاع، يجب ألا يوضع المرهم على الثدي.

بشكل عام، ينبغي دائماً خلال فترة الحمل أو الإرضاع طلب رأي الطبيب أو الصيدلي قبل استعمال أي دواء.

لائحة السواغات التي تعتبر معرفتها ضرورية لإستعمال دون خطر لدى بعض المرضى

لانولين

• كيفية استعمال هذا الدواء؟

الجرعات

في كافة الأحوال، يجب أن تلتزم بدقة بوصفة الطبيب.

أسلوب وطريقة الاستعمال

للاستعمال الجلدي، تطبيق موضعي مع أو بدون ضمادة. ينبغي عدم وضع طريقة سميكة من المرهم.

مدة العلاج

يستعمل العلاج لمدة أقصاها أسبوع على سبيل البيان.

وكثرة و وقت إعطاء الدواء

يستعمل مرة أو مرتين في اليوم بعد تنظيف المنطقة المصابة بالإلتان.

• تأثيرات غير مرغوب فيها ومزعجة

مثل كل مستحضر دوائي، يمكن أن يؤدي هذا الدواء، لدى بعض الأشخاص، إلى تأثيرات متفارقة الإزعاج.

في بعض الحالات، من الممكن أن تحدث أكثر ما ناتجة عن الحساسية تترافق أحياناً مع ظهور إصابات عديدة من منطقة العلاج، يجب بالتالي إيقاف العلاج فوراً وإبلاغ الطبيب.

نظراً لإمتصاص المستحضر عبر الجلد، وخاصة لدى الرضيع، ينبغي عدم إستبعاد إمكانية حدوث تأثيرات غير مرغوب فيها على مستوى الكبد.

يجب أن تقوم بإبلاغ الطبيب أو الصيدلي عن أي تغيير غير مرغوب فيه و مزعج لم تتم الإشارة إليه في هذه النشرة.

• الحفظ

يجب عدم تحطيم تاريخ إنتهاء صلاحية الاستعمال المذكور على الغلاف الخارجي.

احتياطات خاصة بالحفظ

يجب حفظ الدواء عند درجة حرارة الغرفة.

• شروط التسليم:

هذا الدواء مقيد في الإلحة رقم 1

لا يمكن للتسليم أن يزودكم به إلا بوصفة من الطبيب.

تم وصف هذا الدواء لكم شخصياً في حالة معينة،

— فإنه قد لا يستعمل في حالة أخرى.

— و لا ينبغي إعادة استعماله دون استشارة الطبيب.

— و لا ينبغي أن نضعه لشخص آخر.

مصنوع من طرف: **بوليفارم**

زنتة أميوط دانفيل حي أرسلان الدار البيضاء - المغرب

د.م. الحوباشي صيدلي مسؤول