

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angé 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-700345

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0940 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 109350

Nom & Prénom : JOUTY Mohamed

Date de naissance : 1-1-1949

Adresse : almutella

Tél. : 06 78 429449 Total des frais engagés : 48,50 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.

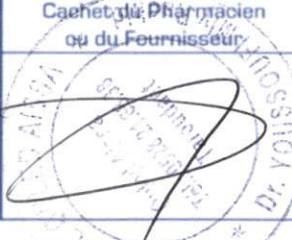
Fait à : GUELIZ le 21/3/22

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/03/2022	48.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

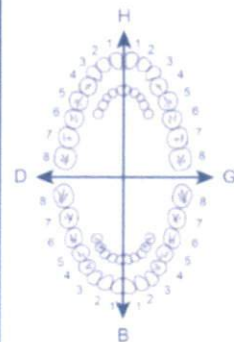
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

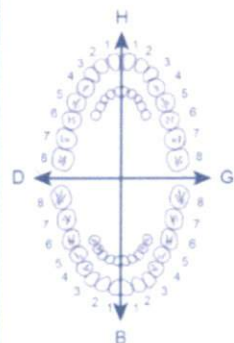
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Youssoufi Moulay Rachid

Tél: 05 40 09 49 60

Gsm : 06 42 37 82 70

Fracture

acture
TOMMY & Malmed
0001437

de: 24/03/2022

Patente : 77903430 L.F : 49477219 R.C : 6264 C.N.S.S : 6194724

ANDOLC

500
300mg
500 mg

Comprimé effervescent 10x10

PPV(DH6)

Lot N°

A.U.L.B.V.

16,00

15 00

20411

07/22

كل قابل

م بعض

الزائدة

لا تأخذ

لا ينطبق

شروط الوصف

ملاحظة

نصائح التوجيه

ما يجب القيام به

درجة حرارة الجسم

هذا الدواء

إذا كانت المشاكل

يجب تجنب أي خطر

مع هذا الدواء

إذا ظهرت علامات

إذا استمرت الحمى

إذا أصبح الصداق

زيت طيبق فوراً

ما يجب القيام به

شدة الأحاساس

إذا لم يكن هناك

إذا كان الألم

الصدى (أو) أو على

في منطقة الألم

إذا كان يوقظ

تحدث إلى طبيبك أو الصيدلي قبل تناول أنسول 500 ملغ / 300 ملغ قرصين. إذا تناولت جرعة زائدة أو أخذت جرعة كبيرة من حرق الحلق، فاستشر طبيبك على الفور.

يحتوي هذا الدواء على الباراسيتامول وفيتامين س. أدوية أخرى تحتوي عليه. تأكد من أنك لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول و / أو تحتوي على فيتامين س، بما في ذلك إذا كانت أدوية بدون وصفة طبية.

لا تجمعها، حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية الموصى بها. انظر "الجرعة" و "الأعراض والتفاعلات" في حالة الجرعة الزائدة. إذا استمر الألم لأكثر من 5 أيام أو الحمى لأكثر من 3 أيام، أو إذا لم تكن هناك فعالية كافية أو أي علامة أخرى، فلا تستمر في العلاج دون استشارة طبيبك.

قبل البدء في العلاج باستخدام هذا الدواء، تأكد من أنك لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول.

أخبر طبيبك قبل تناول هذا الدواء إذا كان أي مما يلي ينطبق عليك:

- إذا كنت بالغاً وتزن أقل من 50 كغ.
- إذا كنت تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول (الأدوية التي تصرف بوصفة طبية أو بدون وصفة طبية).
- إذا كنت تعاني من أمراض الكبد أو الكلى.
- إذا كنت تعاني من متلازمة جيلبرت (اليرقان العائلي اللامعاني).
- أو في حالة تعاطي الكحول (الاستهلاك المفرط للكحول (3 مشروبات كحولية أو أكثر كل يوم)).

• إذا كنت تعاني من ضعف هضم الجلوكوز 6 فوسفات (G6PD)، والذي قد يؤدي إلى فقر الدم الانحلالي.

• إذا كنت تعاني من مشاكل التغذية (سوء التغذية) (احتياجات الجلوتاثيون في الكبد المنخفض)، أو فقدان الشهية، أو التشنج العضلي، أو دق (فقدان مهم للوزن).

• إذا كان لديك مشاكل الجفاف (جفاف شديد) (جفاف شديد للجسم).

يجب استخدام فيتامين س بحذر لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات في استقلاب الحديد، وعرضة لتشكيل حصي المثانة أو الكلى (وجود البلورات في البول أو الكليتين) ولدى المرضى الذين يعانون من نقص في نازعة الهيدروجين جلوكوز 6 فوسفات.

نظراً للتأثيرات المنشط خفيف بسبب وجود فيتامين س، يستحسن عدم تناول هذا الدواء في نهاية اليوم.

إذا كنت تعاني من التهاب الكبد الفيروسي الحاد أو في حالة اكتشاف التهاب الكبد الفيروسي الحاد خلال فترة العلاج بأنسول 500 ملغ / 300 ملغ قرص فوراً. أخبر الطبيب بذلك. قد يتم توقيف علاجك من قبل الطبيب.

لا ينصح استخدام هذا الدواء لدى المرضى الذين يعانون من عدم تحمل الفركتوز (مرض وراثي نادر).

هذا الدواء يحتوي على الصوديوم. لذلك يجب الاعتناء لدى المرضى الذين يراقبون مدخولهم الغذائي من الصوديوم.

في حالة الشك، لا تتقدم في طلب مشورة طبيبك أو الصيدلي.

لدى الطفل المعالج بالباراسيتامول، لا يوجد سبب لإضافة مضاد حمى آخر إلا في حالة عدم الفعالية. لا يمكن إقرار أو مراقبة هذا العلاج إلا من طرف طبيب.

8 تفاعلات

تفاعلات مع أدوية أخرى:

أخبر طبيبك أو الصيدلي إذا كنت تأخذ، أو أخذت مؤخراً أو قد تأخذ أي أدوية أخرى في حالة العلاج المتزامن مع البروبينيسيد. يجب تخفيض جرعة أنسول 500 ملغ / 300 ملغ قرص فوراً.

يجب عليك الاتصال بطبيبك إذا كنت تتناول دواء يبطئ تخثر الدم (مضادات التخثر الفعولة) في الجرعات العالية، قد يزيد أنسول 500 ملغ / 300 ملغ قرص فوراً من فعول مضاد التخثر إذا كنت تتناول الفينيتوين، فإن الاستخدام المتزامن لهذا

أخبر طبيبك أو الصيدلي إذا كنت تأخذ مضادات النزيمية (مثل الفينومايكل).

أخبر طبيبك أو الصيدلي إذا كنت تأخذ مضادات النزيمية (مثل الفينومايكل).

أخبر طبيبك أو الصيدلي إذا كنت تتناول ديفيروكسامين لإزالة الحديد الزائد والأنثيم من الدم.

أخبر طبيبك إذا كنت تأخذ أنت أو طفلك هذا الدواء إذا وصف لك أو له قياس نسبة حمض اليوريك أو السكر في الدم.

قد تتناول جرعات أكثر من 2 غ في اليوم من فيتامين س، حمض الاسكوربيك قد يتداخل مع الاختبارات الميولوجية التالية: فحوصات الكرياتينين والجلوكوز في الدم (مراقبة مرض السكري عن طريق شريط الاختبار بالجلوكوز أكسيدان).

تفاعلات مع الأطعمة والمشروبات

ينطبق

تفاعلات مع المنتجات العشبية أو العلاجات البديلة

ينطبق

الاستعمال عند الحمل والرضاعة



COOPER
PHARMA

41 رتبة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

ديبروزون 0,05 % مرهم

بيتاميتازون
للدهن فقط

LOT: 619
PER: JUN 2023
PPV: 32 DH 50



PROSONE 0,05 %
pommade



6118000 050223

يختفي بالكامل.

اقرأوا هذا
احتفظوا به
إذا كنت قد
تم وصف
إذا ظهرت

- على ماذا تد
1. ما هو د
2. ما هي الأ
3. كيفية اس
4. ما هي الأ
5. كيفية تخزين ديبروزون مرهم 0,05 %
6. محتوى العلبة ومعلومات أخرى.

وتيرة الاستعمال
يستعمل مرة إلى مرتين يوميًا حسب وصفة الطبيب.

مدة العلاج

سيتم إيقاف العلاج بشكل تدريجي، من خلال المباشرة في الاستعمالات و / أو استخدام كورتيكوستيرويد أقل قوة أو بجرعة أقل.

اتبع بدقة وصفة الطبيب ولا تعطيل فترة العلاج.

في حالة استعمال أكثر مما يلزم من ديبروزون مرهم 0,05 %

اتبع بدقة طريقة استعمال ديبروزون مرهم 0,05 % التي وصفها لك الطبيب. إذا استعملت عن طريق الخطأ أكثر مما وصفه طبيبك من ديبروزون مرهم 0,05 %، لا تقلق ولكن حاول أن لا تكرر مرة أخرى. الاستخدام المفرط أو المطول للستيرويدات القشرية قد يسبب فرط القشرة، بما في ذلك مرض كوشينغ.

العلاج: يوصى بعلاج مناسب للأعراض.

إذا نسيت استخدام ديبروزون مرهم 0,05 %

لا تستخدم جرعة مضاعفة لتعويض الجرعة التي نسيت تطبيقها.

إذا توقفت عن استخدام ديبروزون مرهم 0,05 %

بدون تقديرات

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟

ككل الأدوية يمكن لهذا الدواء أن يسبب تأثيرات غير مرغوب فيها حتى وإن كنت لا تتحدث بالضرورة لدى كل الأشخاص.

في حالة الاستخدام لفترة طويلة، هناك خطر الإصابة بترقق وهشاشة الجلد، توسع الأوعية الدموية الصغيرة، علامات التمدد، ظهور حب الشباب.

تم الإبلاغ عن حالات فرط نمو الشعر، تصبغ، وعدوى ثانوية، خاصة في حالة العلاج تحت ضمادة.

1. ما هو ديبروزون مرهم 0,05 % وأينما يستخدم؟
المنصف الصيدلي العلاجي الستيرويدات القشرية الجلدية - رمز ATC: D07AC01

ديبروزون مرهم للاستخدام الجلدي فقط.
هذا الدواء هو كورتيكوستيرويد للاستعمال الموضعي ذو فعالية قوية.
يوصى به لعلاج بعض الأمراض الجلدية مثل التهاب الجلد التماسي و التهاب الجلد التأتبي (إكزيما) الصدفية، لكن طبيبك قد يصفها في حالات أخرى.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ديبروزون مرهم 0,05 %؟

لا تستخدم أبدا ديبروزون مرهم 0,05 % في الحالات التالية:

- إذا كانت لديك حساسية للمادة الفعالة أو لأحد المكونات الأخرى لهذا الدواء، المذكورة في الفقرة 6،
- أفات متفرحة،
- حب الشباب،
- الوردية،
- الأمراض الجلدية المعدية ذات المنشأ الفيريوسي (القوباء، القوباء المنطقية، جندي الماء ...)

• البكتيرية (على سبيل المثال: القوباء ...)، الفطرية (بسبب الفطريات المجهرية) أو الطفيلية،

• الاستعمال على الجفون.

إذا كان لديك شك، لا تتردد في استشارة طبيبك أو الصيدلي

التحذيرات واحتياطات الإستعمال:

تحدث إلى طبيبك أو الصيدلي قبل استخدام ديبروزون مرهم 0,05 %.

يجب أن يستخدم هذا الدواء بناءً على نصيحة الطبيب.