

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 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° W21-703185

145626

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 2126 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FARISSI REDOUANE

Date de naissance : 07/03/1964

Adresse : 44 AV WILAYA DR 16 8002 CMM 1 N 20 CASABLANCA

Tél. : 0671792579 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENNANI Mohamed
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
193, Av Hassan II - CASABLANCA
Tél. : 05.22.26.51.12

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mme FARISI Falisha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Algérie - brage des ongles

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 : Casablanca Le : 07/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-703185

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2126

Nom de l'adhérent(e) : FARISSI REDOUANE

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07 JAN 2013	2013	$K_{10-10} = \frac{1}{2}$	300	INP : 0910252 Dr BENNANI OTORRINOLARINGOLOGISTE 1932 MONAÏDÉ

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H $\frac{25533412}{00000000} \quad \frac{21433552}{00000000}$ D $\frac{00000000}{35533411} \quad \frac{00000000}{11433553}$ G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[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

Dr. Mohamed BENNANI

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société Française d'ORL

SPECIALISTE

NEZ - GORGE - OREILLES

Médecin Expert Assermenté près les Tribunaux

CANCEROLOGIE CERVICO-FACIALE

Diplômé de l'Institut GUSTAVE - ROUSSY

CABINET D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

ET D'EXPLORATION FONCTIONNELLE

193. AVENUE HASSAN II

CASABLANCA

TEL: 05 22 26 51 12 / 05 22 26 31 68

07 Jany 2023

Casablanca, le :

Dr BENNANI Mohamed
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
193, AV Hassan II - CASABLANCA
Le Docteur 05.22.26.51.12

prie M

me Kaïm Falih

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente suivant

l'usage sa note d'honoraires pour

note X 10 + 1/2 = large exp

de deux ouill, qd musc

S'élevant à la somme de

300,00 Dhs

Dr BENNANI Mohamed

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

193, AV Hassan II - CASABLANCA

Tel.: 05.22.26.51.12

Docteur Mohamed BENNANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Praticien-Hospitalier

Ancien Assistant-attaché des Hôpitaux de Paris

Médecin Expert Assermenté près les Tribunaux

SPECIALISTE NEZ - GORGE - OREILLES

Exploration et Chirurgie de la Surdité

Chirurgie de la face et du Cou

Exploration fonctionnelle des vertiges

Pathologie du sommeil et Ronflement

Membre de la Société Française d'ORL

CANCEROLOGIE CERVICO-FACIALE

Diplômé de l'Institut Gustave-Roussy

C.E.S. MEDECINE AERONAUTIQUE

Médecin Agrée

Casablanca le :



الدكتور محمد بناني

خريج كلية الطب بباريس

ملحق و طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

خبرير ملحق لدى المحاكم

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأنف - الحلق والاذنين

جراحة العنق والوجه

كشف و علاج أمراض الدوخة

أمراض النوم والشخير

شهادة سرتان الوجه والعنق

خريج معهد كومساتاف روسي

شهادة طب الطيران

07 Jany 2023

Mme KARIMI Fatima

1940

- Antihistaminique

15

l'agit matr. et anti x

1730

- Diprosone (réne)

100mg x 10



3290

- Exandom (zithim)

500mg de l'oreille dr
le zorn x 10



Yas Yacel 25

1372

1822 di ut mi

2680

Dr BENNANI Mohamed
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
103, AV Hassan II - CASABLANCA
Tél.: 05.22.26.51.12

Br

1

Dr BENNANI Mohamed
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
103, AV Hassan II - CASABLANCA
Tél.: 05.22.26.51.12

ANTIBIO-SYNALAR

Gouttes auriculaires

Flacon de 10 ml avec compte gouttes

Acétoneide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- 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 à votre pharmacien.

COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Composition qualitative et quantitative en substances actives:

Acétoneide de fluocinolone	0,025 g
Sulfate de polymyxine B	1 000 000 UI
Sulfate de néomycine	350 000 UI

Pour 100 ml de solution.

Q.S.P

100ml

Excipients:

Excipient à effet notoire: Phénylmercure

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Posologie:

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir.

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Mode et voie d'administration:

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tièdir le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main afin d'éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille:

• Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'oreille atteinte se trouve en haut.

• Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.

• Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.

• Attendre environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.

• Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut absorber qui n'a pas besoin d'être stérile.

Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité. Il faut garder suffisamment longtemps la tête penchée pour permettre le médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer que les gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille.

Refermez le flacon immédiatement après usage.

À la fin du traitement, le reste du flacon doit être éliminé.

Fréquence d'administration:

Deux administrations par jour: une administration le matin et une le soir.

Durée de traitement:

La durée du traitement est habituellement de 5 à 7 jours.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être administré pendant au moins 5 jours.

La disparition des symptômes ne signifie pas la guérison.

ANTIBIO-SYNALAR

ANTIBIO-SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES



6 118000 120254

19,40

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

VASTAREL® 35 mg

Comprimé pelliculé à libération modifiée

Dichlorhydrate de trimétazidine

Veuillez lire attentivement 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, interrogez votre médecin ou 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 vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à 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 VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ?
3. Comment prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE VASTAREL 35 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

AUTRE MÉDICAMENT EN CARDIOLOGIE À VISÉE ANTI-ANGINEUSE - code ATC : C01EB15

Ce médicament est préconisé chez l'adulte en association à d'autres médicaments, dans le traitement de l'angine de poitrine (douleur de la poitrine due à une maladie coronarienne).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE VASTAREL 35 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE ?

Ne prenez jamais VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée :

- Si vous êtes allergique à la trimétazidine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous avez une maladie de Parkinson : maladie du cerveau affectant les mouvements (tremblement, raideur de la posture, mouvements lents, démarche déséquilibrée avec une tendance à trainer les pieds),
- Si vous avez des problèmes rénaux graves.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée.

Ce médicament n'est pas un traitement curatif d'une crise d'angine de poitrine, ni un traitement initial de la crise d'angine de poitrine instable. Ce n'est pas un traitement de l'infarctus du myocarde.

En cas de survenue d'une crise d'angine de poitrine, prévenez votre médecin. Des examens pourront vous être demandés et le traitement sera éventuellement modifié.

Ce médicament peut induire ou aggraver des symptômes tels que tremblement, raideur de la posture, mouvements lents, démarche déséquilibrée avec une tendance à trainer les pieds, surtout chez les personnes âgées, qu'il convient de rechercher et de signaler à votre médecin, qui pourra évaluer votre traitement.

Ce médicament est généralement déconseillé pendant l'allaitement.

Des chutes peuvent survenir à la suite d'une baisse de la tension artérielle ou d'un trouble de l'équilibre (voir description des effets indésirables).

Sports

Ce médicament contient une substance active pouvant provoquer une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

Enfants et adolescents

VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ne doit pas être administré aux enfants âgés de moins de 18 ans.

Autres médicaments et VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée avec des aliments et boissons

Sans objet.

Grossesse et allaitement

Grossesse

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin.

Allaitement

En l'absence de données sur le passage dans le lait maternel, VASTAREL ne doit pas être utilisé pendant l'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

Ce médicament peut vous donner la sensation d'avoir la tête qui tourne, ce qui peut affecter votre capacité à conduire des véhicules et VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée conti

3. COMMENT PRENDRE VASTAREL 35 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les recommandations de votre médecin ou pharmacien en cas de Posologie.

La dose recommandée de VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée deux fois par jour, matin et soir, à avaler au cours des repas. Si vous avez des problèmes au niveau du rein ou que vous êtes âgés, votre médecin peut ajuster la posologie recommandée.

Durée du traitement

DANS TOUT LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE

Si vous avez pris plus de VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée, vous n'auriez dû

Consulter immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée :

Reprendre le traitement normalement. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Si vous arrêtez de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée :

Sans objet.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. Les effets indésirables suivants ont été décrits :

Fréquent (survenant chez moins d'1 patient sur 10) :

Sensations vertigineuses, maux de tête, douleur abdominale, diarrhée, digestion difficile, sensation d'être malade, vomissement, éruption cutanée, démangeaison, urticaire et sensation de fatigue.

Rare (survenant chez moins d'1 patient sur 1000) :

Battements rapides ou irréguliers du cœur (appelés également palpitations), battements cardiaques extrastoliques, accélération des battements du cœur, chute de la pression artérielle lors du passage à la position debout pouvant s'accompagner de sensation vertigineuse (tête qui tourne) ou évanouissement, malaise (en général vous ne vous sentez pas bien), chute, rougeurs brûlantes du visage.

Indéterminé (la fréquence ne peut être déterminée à partir des données disponibles) :

Symptômes extrapyramidaux (mouvements inhabituels incluant tremblement des mains et des doigts, déformation des mouvements du corps, démarche en trainant des pieds, raideur des bras et des jambes) habituellement réversibles à l'arrêt du traitement.

Troubles du sommeil (difficulté à s'endormir, somnolence), sensation de tête qui tourne (vertige), constipation, importante rougeur se généralisant à tout le corps avec des pustules, gonflement du visage, des lèvres, de la langue et de la gorge pouvant provoquer des difficultés pour avaler ou respirer.

Diminution importante du nombre de cellules sanguines de la ligne blanche pouvant provoquer le plus souvent des infections, diminution du nombre de plaquettes dans le sang pouvant augmenter le risque de saignement ou d'écchymoses.

Maladie du foie (nausées, vomissement, perte d'appétit, sensation de malaise, fièvre, démangeaison, jaunissement de la peau et des yeux, selles de couleur claire, urine de couleur sombre).

Déclaration des effets secondaires

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. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER VASTAREL 35 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE ?

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 VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée

• La substance active est : Dichlorhydrate de trimétazidine 35,00 mg

• Les autres composants sont : Hydrogénophosphate de calcium dihydraté, hypromellose, povidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.

Pelliculage : dioxyde de tit (E 172), stéarate de magnésium.

Questa ce que VASTAREL

extérieur Pour un comprimé pelliculé.

entier 60 Comprimés pelliculés.

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

6.118000 100218

DIPROSONE® 0,05 % crème

Bétaméthasone[®]



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

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

Classe pharmacothérapeutique : DERMOCORTICOÏDE (D. Dermatologie) - code ATC : D07AC01

DIPROSONE est destiné à l'usage cutané uniquement.

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 %, crème ?

N'utilisez jamais DIPROSONE 0,05 %, crème 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,
- acne,
- rosacée,
- maladies infectieuses de la peau d'origine virale (herpès, zona, varicelle...), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dues à des champignons microscopiques) ou parasitaire,
- application sur les paupières.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Avertissements et précautions

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

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,
- ne pas appliquer dans les yeux,
- toute irritation ou infection doit être signalée au médecin,
- si une réaction d'intolérance se manifeste,
- Ce médicament contient des substances actives cutanées locales (corticoïdes).

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 entièrement absorbé.

Se laver les mains immédiatement après l'application sauf si vous utilisez la crème pour traiter vos mains.

Fréquence d'administration

1 à 2 applications par jour selon l'ordonnance de votre médecin.

Durée du traitement

L'arrêt du traitement se fera de façon progressive, en espacant 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 %, crème que vous n'auriez dû

Utilisez toujours DIPROSONE 0,05 %, crème, comme votre médecin vous l'a indiqué. Si vous avez accidentellement appliqué plus de DIPROSONE 0,05 %, crème, 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.

Traitement : un traitement symptomatique approprié est indiqué.

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

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

Si vous arrêtez d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, crème
Sans objet.

4. QUELLES 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 risque d'aminérisation, dilatation des petits vaisseaux sanguins, vergeture.

Des cas d'hypertrophie, de dépigmentation, d'atrophie, dans le

D'autre, dans le

Déclarer : Si vous

Si vous

Ceci s'ap

Notice : dans le

peau, en cas

peau, en cas