

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

- | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | adhession@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° W21-699409

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule 7647 Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : RADI ABDELLAH			
Nom & Prénom : RADI ABDELLAH			
Date de naissance : 26/08/1962			
Adresse : Lot RIYADE essalam N° 149 mohammadia			
Tél. : 0658359897 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Docteur Kenza RHIASSI PERMATOLOGUE VENEROLOGUE Bd. Mohamed V Rés. El Hamd Appt. 9 - 3ème Etage - Mohammadia Tel: 0523 30 01 00 - Gam: 05 77 23 30 77	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	22/11/2022
Nom et prénom du malade :	RADI Belham
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dermatose
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 : MOH AMMEDIA

Le : 22/11/2022

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	
22/11/2022	CS		250 DH	INP : 091190021 Docteur Kenza RHISSA DERMATOLOGUE VENEROLOGISTE Bd. Mohamed V Rés. El Hamra App. 9 - 3ème Etage - Mohammedia Tel: 05 23 32 76 62	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
	22/11/2022	250 DH			
ANALYSES - RADIGRAPHIES					
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	

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										
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D														
00000000 35533411	00000000 11433553													
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"/>										



DERMATOLOGUE

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Maladies sexuellement transmissibles
- Cosmétologie - Laser - Botox - PRP
- Chirurgie de la peau et des ongles
- Traitement des brûlures
- Allergologie

Docteur Kenza RHISSASSI

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca
Diplômée en dermatologie - esthétique à Paris Versailles

الدكتورة كنزة رحصاسي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة في أمراض الجلد والتجميل بباريس فيرساي

اختصاصية في

أمراض الجلد و الشعر

الأمراض التناسلية

التجميل - الليزر

جراحة الجلد و الأظافر

علاج الحروق- الحساسية

Mohammed le : 22 / 11 / 2022

Radi Reham

1) Aerius Ep

1cp Amidi aps repas

Tendau L

25 J

2) oraged 20%

= ep 1/2. le matin = 8 h.
Tendau L 3 Jors. jus
= ep 1/2 Tendau L 2 J

TEL : 05 23 30 01 00 / GSM : 06 70 93 73 22

Bd Mohamed V Résidence El Hamd, App N°9 3ème Etage

(à côté de la Clinique FEDALA et au dessus de la Banque BMCE) Mohammed

شارع محمد الخامس، إقامة الحمد شقة رقم 9 الطابق الثالث (جانب مصحة فضالة و فوق البنك BMCE) المحمدية

3) 75,50 APLevax.

75,50

10015
jeudant

PHARMACIE ASSALAM MOUENNAIA,
SIDI AOU
Asswak Assalam, 4 Avenue Hassan II
Michel Amadja
Tel : 05 23 32 76 82

4) 17,50 =
du prosope

Crème

au noix de
la crème

la malanga
le sov.
=

5) Xerodiane baume A.R.

92,70

Doktor Kader RHASSAS
Boutique de la Pharmacie
Bld. Mohamed V - Casablanca
Appt. 9 - 3eme Etage - Vieux Marché
Tél. 0523 37 11 11 - 0523 73 72

Rond aux
||

15 T

أليفاكس 5° مـ

دیکل و هندرات الایمیستیزین

القراءات المنشورة

ين يعانون من القصور الكلوي و القصور الكبدي معا، يمكن ملازمة

ستغير عن طريق خفض الجرعة بحسب خطورة القصور الكلوي، لدى الأطفال، سيتم أيضاً أخذ وزن الجسم بعين الاعتبار من أجل ضبط الجرعة. تحدد المقاييس الملازمة من قبل طبيبكم.

كثافة الاستعمال: يتم بلغ القرص على الحالة التي يوجد عليها مع مشروب ويتم به تناول الوجبات
الفذائية أو خارجها.

في جميع الحالات، يجب احترام وصفة طبيبك.
مدة العلاج:

يجب التقيد بتعليمات الطبيب.
الجرعة المفرطة:
يمكن أن يؤدي تناول جرعة مفرطة لدئ البالغين، إلى النعاس ولدى الأطفال إلى الهايج العصبية متبعين بالنعاس. اتصلوا بطبيبكم إذا تناولتم أفراداً تفوق الجرعة التي
كان عليكم تناولها.

إذا نسيتم تناول أبليفاكس (م) 5 ملخ قرص ملبيس، لا تتناولوا جرعة مضاعفة من أجل تقويض الجرعة التي نسيتم تناولها.

وصلوا علاجكم وفق التعليمات التي أعطيت لكم.
متلازمة الفطام:

التوقف عن العلاج بـ أبليفاكس⁽⁵⁾ مطلع فرس ميليس . في وقت سابق مما كان متوقعاً، لا ينفي أن يتربّط عليه سوى المودة التدريجية للأعراض المرض، مع خطورة مماثلة تلك التي لوحظت قبل العلاج.

لتأثيرات غير المرغوب فيها:
إذا كان لديك أسللة أخرى عن استخدام هذا الدواء، اسأل طبيبك أو الصيدلي.

لأنه شأن كل الأدوية، يمكن أن تكون لدواء أبليفاكس^(٥) 5 ملغ فرصة وليس أثار غير جانبية فيها.

يرجى الاطلاع بانتهاء على هذه النشرة بأكملها
احتفل بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قرائتها
إذا كان لديك شك، اقصد الطبيب أو الصيدلاني
لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي
يعطى له شخص آخر، حتى
في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب
الاكتئاب

المادة الفعالة هي:

• 340 •

دیکتوپیدرات

المواءات : السلووز المجهري التبل، **الللاز**، **أكسييد السليكا** الغرواني،
الكورسكي-ميلاز الصوديومي، إستيارات المنخض، **ويكارت** فـت 2009
مواع ذو آثر معلوم: **اللاكتون**.

أبليفاك ٥ ملخ قرص ملبس، علبة تحتوي على ١٠ و ٣٠ قرصا.

دوعي الاستعمال
علاج أعراض التهاب الأنف الأرجي (بما في ذلك التهاب الأنف الأرجي المثابر) والشرقي.

موقع الاستعمال
إذا كانت لديك حساسية حيال الليفستريدين أو آية مادة كيميائية ذات صلة به مثل بيبارازون أو حيال أي مركب من المركبات **الأخرى** التي يعني في عليها دواء أبليفاكس⁽⁴⁾ ملخص في ص. على... .

إذا كنت تعانون من قصور كلوي حاد (مع تضيّع الكرياتينين تقل عن 10 ملتر في المليون أو تضيّع البول)،

تحذيرات واحتياطات الاستعمال

Digitized by srujanika@gmail.com

DIPROSONE 0,05 %
crème



6 118 000 050 209

DIPROSONE® 0,05 % crème

Bétaméthasone



Veuillez

• Gardez

• Si vous avez

• Ce médicament vous a été prescrit

vôtre.

• Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet de cette notice. Voir rubrique 4.

vant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
besoin de la relire.

sez votre médecin ou votre pharmacien.

ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si le
prescrit.

entrez en contact avec votre pharmacien ou votre médecin. Ceci s'applique aussi à tout effet de cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce que DIPROSONE 0,05 %, crème et dans quels cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, crème ?
- Comment utiliser DIPROSONE 0,05 %, crème ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver DIPROSONE 0,05 %, crème ?
- 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 prescrit 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,
- acné,
- 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 DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Avertissements et précautions

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

suivant les conseils du médecin :
prescription formelle de votre médecin,
pansement correct

douleur.

La posologie est de 1 à 2 applications par

massage.

Ne pas augmenter le nombre d'applications

Mode et voie d'administration

Vie 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 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 %, 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.

Traitements : 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. 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 risque d'amincissement et de fragilité des tissus, dilatation de petits vaisseaux sanguins, vergetures, poussée d'acné.

Des cas d'hypertrophie, de dépigmentation, d'infection secondaire, de traitement sous pansement occlusif ou roulé dans les plis, ont été rapportés. Ces effets indésirables peuvent être permanents.

LOT : 064
PER : MAI 2024
PPV : 17 DH 30