

## 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-011945

162519

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13121 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Joudat Mohamed Reda

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 1776408 Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



### 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

### 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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

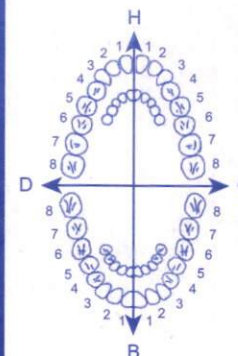
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

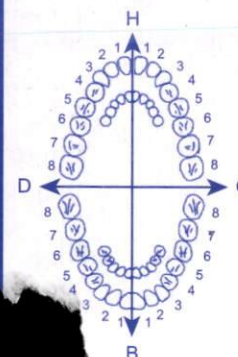
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro - Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
- PREVENTORIUM  
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
- globaux comportant un ou plusieurs échelons  
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- LA REEDUCATION  
- LES ACCOUCHEMENTS  
- LES CURES THERMALES  
- LA CIRCONCISION  
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS MU000560

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Joudat Mohammed Rida  
Matricule : 13121 Fonction : ..... Poste : .....  
Adresse : .....  
Tél. : 0661776408 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Joudat Hady Age                 
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : Vaccination + Dermite  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A CASA le 09 / 08 / 23 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

Dr BENKHADRA Hassan  
Pédiatre  
416 Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Ar. Juel  
Roc. Anouar Capital Center 1er Etage Bureau N° 36  
Tél : 05 22 91 37 27 - Fax : 05 22 91 37 36  
GSM : 06 03 05 28 12 - Casablanca

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 000560

Matricule N° : .....  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé .....  
Nombre de pièces jointes : .....





## 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
08/05/23			300,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BELHABIB - S. Dr. BELHABIB - S. 122, Rue de la République - Casablanca	09/05/23	1090,30
INPE:092035401		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				Coefficient DES TRAVAUX																		
				MONTANT DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																			
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
	B		B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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 Hanane Benkhadra Benabderrazik

**pédiatre spécialiste**

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

خريجة كلية الطب بليبج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 15.04.2023

**Nourrisson JOUDAT Hady**

Age : 17 mois 27 jours

Poids : 12,50 Kg

66,10 x 2

**1 ZAMOX ENFANT**

1 dose/kg 3/ j 8 jours

60,00 x 2

**2 ENTEROGERMINA**

1 dose 2/ j 5 jours

**Dr Hanane BENKHADRA**

252,20

**PHARMACIE MECQUA**

119, Avenue de la Mecque

Californie - Casablanca

Tél : 05 22 86 59 48 / Fax : 05 22 50 10 55

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
pédiatre spécialiste  
Cabinet  
Nouriel Capital Center - Bd Abdelmoumen  
angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage  
Tél : 05 22 86 59 48 - Fax : 05 22 50 10 55  
Urgence : 06 63 05 28 12  
N° 091023372

Casablanca, le -----

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

المستعجلات : 06.63.05.28.12 — Sur rendez-vous —

benkhadranan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 — Sur rendez-vous —



PPV 66DH10

LOT L2895 PER 08/24

6118000 041139  
en flacon  
Poudre pour suspension buvable  
100 mg / 12,5 mg par ml  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
ZAMOX® enfant

sion  
flacon

flacon

.....3 g  
clavulanique ...375 mg  
à 30 ml de suspension  
correspond à 100 mg

#### COMPOSITION

Amoxicilline trihydratée, quantité correspondant à ..... 6 g  
Clavulanate de potassium, quantité correspondant à acide clavulanique... 750 mg  
Excipients q.s.p un flacon de 14 g de poudre correspondant à 60 ml de suspension  
reconstituée. 1 ml de suspension buvable reconstituée correspond à 100 mg  
d'amoxicilline et 12,5 mg d'acide clavulanique.

#### FORME PHARMACEUTIQUE :

Poudre pour suspension buvable 30 ml = 112 doses-graduation (1 dose = 1 kg ).  
Poudre pour suspension buvable 60 ml = 224 doses-graduation (1 dose = 1 kg ).

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :** ANTIBIOTIQUE ANTIBACTERIEN  
de la famille des bêta-lactamines du groupe des aminopénicillines.  
(J : anti-infectieux).

#### DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué chez le nourrisson et l'enfant dans le traitement des infections dues aux germes sensibles, notamment dans certaines situations où les espèces bactériennes responsables de l'infection peuvent être multiples et/ou résistantes aux antibiotiques actuellement disponibles.

#### ATTENTION !

#### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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

- allergie aux antibiotiques du groupe des bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) ;  
tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques de la famille des céphalosporines,
- mononucléose infectieuse (risque accru de phénomènes cutanés) ;
- antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline/acide clavulanique.

PPV 66DH10

LOT L2895 PER 08/24

6118000 041139  
en flacon  
Poudre pour suspension buvable  
100 mg / 12,5 mg par ml  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
ZAMOX® enfant

sion  
flacon

flacon

.....3 g  
clavulanique ...375 mg  
à 30 ml de suspension  
correspond à 100 mg

#### COMPOSITION

Amoxicilline trihydratée, quantité correspondant à ..... 6 g  
Clavulanate de potassium, quantité correspondant à acide clavulanique... 750 mg  
Excipients q.s.p un flacon de 14 g de poudre correspondant à 60 ml de suspension  
reconstituée. 1 ml de suspension buvable reconstituée correspond à 100 mg  
d'amoxicilline et 12,5 mg d'acide clavulanique.

#### FORME PHARMACEUTIQUE :

Poudre pour suspension buvable 30 ml = 112 doses-graduation (1 dose = 1 kg ).  
Poudre pour suspension buvable 60 ml = 224 doses-graduation (1 dose = 1 kg ).

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :** ANTIBIOTIQUE ANTIBACTERIEN  
de la famille des bêta-lactamines du groupe des aminopénicillines.  
(J : anti-infectieux).

#### DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué chez le nourrisson et l'enfant dans le traitement des infections dues aux germes sensibles, notamment dans certaines situations où les espèces bactériennes responsables de l'infection peuvent être multiples et/ou résistantes aux antibiotiques actuellement disponibles.

#### ATTENTION !

#### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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

- allergie aux antibiotiques du groupe des bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) ;  
tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques de la famille des céphalosporines,
- mononucléose infectieuse (risque accru de phénomènes cutanés) ;
- antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline/acide clavulanique.

## PACKAGE LEAFLET : INFORMATION FOR THE USER

# Enterogermina® 2 billion/5 ml, oral suspension

# Enterogermina® 2 billion, hard capsules

Spores of polyantibiotic-resistant *Bacillus clausii* - oral use

**Read this leaflet carefully before you start taking this medicine as it contains important information for you.**

Always take this medicine exactly as described in this leaflet or as your doctor or pharmacist has told you.

• Keep this leaflet. You may need to read it again.

• If you would like more information or advice, ask your doctor or pharmacist.

GTIN: 03582910075455

Lot/Batch:

2I453

SN:

1239269A6NF9P7

Fab/Mfg:

10/2022

EXP.:

09/2024



### What

1. W
2. W
3. H
4. Possibilities effects
5. How to store Enterogermina
6. Further information

## 1. WHAT ENTEROGERMINA IS AND WHAT IT IS USED FOR

Enterogermina is a medicine consisting of a spore suspension of *Bacillus clausii*, not causing capacity (without pathogenic ability).

Enterogermina is used for:

- the prevention and treatment of the alteration of the normal balance of intestinal flora in the body resulting from the imbalance of intestinal flora (endogenous avitamins).
- coadjutant treatment to restore intestinal microbial flora altered during treatment with antibiotics.
- the treatment of acute and chronic gastro-intestinal diseases of infants caused by a lack of intestinal flora (intestinal dysmicrobism) or vitamin deficiencies in the organism.

### Health education notes

The intestinal bacterial flora constitutes a real defensive barrier against harmful bacteria. Its balance can be upset by intestinal infections, poisoning, food disorders, changes in diet or use of antibiotics. This imbalance manifests itself as diarrhoea, abdominal pain and an increase in air in the intestine.

Talk to your doctor if you do not notice any improvements or if you notice a worsening of symptoms after a brief period of treatment.

## 2. WHAT YOU NEED TO KNOW BEFORE YOU TAKE ENTEROGERMINA

### Contra-indications :

#### Do not take Enterogermina

- if you are allergic to spores of polyantibiotic-resistant *Bacillus clausii* or any of the other ingredients of this medicine (listed in section 6).

### Appropriate precautions for use ; Special warnings :

#### Warnings and precautions

Talk to your doctor or pharmacist before taking Enterogermina.

This medication is for oral use only. Do not inject or administer through other routes. Improper use of the medicine has resulted in severe anaphylactic reactions such as anaphylactic shock.

During treatment with antibiotics, ingest Enterogermina between one administration and the other of the antibiotic.

If you notice the presence of corpuscles, or of tiny particles in the Enterogermina vials, that does not mean that the product has been impaired, as these are simply clusters of *Bacillus clausii* spores.

### Other medicines and Enterogermina

Inform your doctor or your pharmacist if you are taking, have recently taken or could take any other medication, including over-the-counter medication.

No disorders (interactions) are envisaged concerning the association between Enterogermina and other medicines.

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

ENTEROGERMINA 2 milliards du 5ml,

Susp oral b10 fl 5ml

P.P.V. : 60 DH00



6 118001 081653



## PACKAGE LEAFLET : INFORMATION FOR THE USER

# Enterogermina® 2 billion/5 ml, oral suspension

# Enterogermina® 2 billion, hard capsules

Spores of polyantibiotic-resistant *Bacillus clausii* - oral use

**Read this leaflet carefully before you start taking this medicine as it contains important information for you.**

Always take this medicine exactly as described in this leaflet or as your doctor or pharmacist has told you.

• Keep this leaflet. You may need to read it again.

• If you would like more information or advice, ask your doctor or pharmacist.

GTIN: 03582910075455

SN:

1239269A6NF9P7

Lot/Batch:

2I453

Fab/Mfg:

10/2022

EXP.:

09/2024



### What

1. W
2. W
3. H
4. Possibilities effects
5. How to store Enterogermina
6. Further information

## 1. WHAT ENTEROGERMINA IS AND WHAT IT IS USED FOR

Enterogermina is a medicine consisting of a spore suspension of *Bacillus clausii*, not causing capacity (without pathogenic ability).

Enterogermina is used for:

- the prevention and treatment of the alteration of the normal balance of intestinal flora in the body resulting from the imbalance of intestinal flora (endogenous avitamins).
- coadjutant treatment to restore intestinal microbial flora altered during treatment.
- the treatment of acute and chronic gastro-intestinal diseases of infants caused by a of intestinal flora (intestinal dysmicrobism) or vitamin deficiencies in the organism.

### Health education notes

The intestinal bacterial flora constitutes a real defensive barrier against harmful bacteria. Its balance can be upset by intestinal infections, poisoning, food disorders, changes in diet or use of antibiotics. This imbalance manifests itself as diarrhoea, abdominal pain and an increase in air in the intestine.

Talk to your doctor if you do not notice any improvements or if you notice a worsening of symptoms after a brief period of treatment.

## 2. WHAT YOU NEED TO KNOW BEFORE YOU TAKE ENTEROGERMINA

### Contra-indications :

#### Do not take Enterogermina

- if you are allergic to spores of polyantibiotic-resistant *Bacillus clausii* or any of the other ingredients of this medicine (listed in section 6).

### Appropriate precautions for use ; Special warnings :

#### Warnings and precautions

Talk to your doctor or pharmacist before taking Enterogermina.

This medication is for oral use only. Do not inject or administer through other routes. Improper use of the medicine has resulted in severe anaphylactic reactions such as anaphylactic shock.

During treatment with antibiotics, ingest Enterogermina between one administration and the other of the antibiotic.

If you notice the presence of corpuscles, or of tiny particles in the Enterogermina vials, that does not mean that the product has been impaired, as these are simply clusters of *Bacillus clausii* spores.

### Other medicines and Enterogermina

Inform your doctor or your pharmacist if you are taking, have recently taken or could take any other medication, including over-the-counter medication.

No disorders (interactions) are envisaged concerning the association between Enterogermina and other medicines.

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

ENTEROGERMINA 2 milliards du 5ml,

Susp oral b10 fl 5ml

P.P.V. : 60 DH00



6 118001 081653

**Prevenar 13<sup>®</sup>**

suspension injectable

PPV : 760,00 DH



6 118001 171057

Lot/EXP:

GC7766

11/2024

**Pfizer**

**Prevenar 13<sup>®</sup>**



**Prevenar 13 suspension injectable**

Vaccin pneumococcique polysidique conjugué  
(13-valent, adsorbé)

PAA135295  
020





# Solution nasale pour pulvérisation

# soufrane®

thiophène-carboxylate de so

SOUFRANE 2P.CENT<sup>®</sup>  
Solution pour pulvérisation nasale



## COMPOSITION

- Thiophène-carboxylate de so
- (Quantité correspondante
- Excipient : parahydroxybe
- benzoate de propyle (E 21

## FORME PHARMACEUTIQUE

Solution nasale pour pulv

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRÉPARATION NASALE POUR USAGE LOCAL

(R : Système respiratoire).

## DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué comme traitement local d'appoint en cas de rhume et de rhinopharyngite.

0219V





## PENTAXIM.

**Vaccin diphtérique, téta-  
coquelucheux (acellulaire  
multicomposé), poliomyé-  
(inactif) et conjugué de  
l'*Haemophilus* type b, ad-**

PC/GTIN : 03664798014136

MANUE.: 22012021.

LOT : W0A501M

**Veuillez lire attentivement cette notice avant de donner ce médicament à votre enfant, car elle contient des informations importantes.**

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre infirmier/ère.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de l'aide d'un professionnel de la santé.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil.
- Si votre enfant ressent un quelconque effet indésirable, consultez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Un effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans

in diphthérique, tétanique, Oquer  
conjugué

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Babouss, 55000

Route de Rabat - R.P. 1  
Ain sebaâ Casablanca

Pentaxim Inj b1 ser 1 dose

P.P.V : 277.00 DH



6 118001 080632

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que PENTAXIM et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser PENTAXIM ?
3. Comment utiliser PENTAXIM ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver PENTAXIM ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

**1. Qu'est-ce que PENTAXIM et dans quels cas est-il utilisé ?**

Classe pharmacothérapeutique : Vaccins bactériens et viraux associés - code ATC : J07CA06.

PENTAXIM est un vaccin. Les vaccins sont utilisés pour protéger contre les maladies infectieuses.

Quand PENTAXIM est injecté, les défenses naturelles du corps élaborent une protection contre ces maladies.

PENTAXIM est indiqué pour aider votre enfant à se protéger contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et contre les infections invasives dues à la bactérie *Haemophilus influenzae* type b (méningites, infection du sang, etc.). PENTAXIM est indiqué chez les enfants à partir de l'âge de 2 mois.

Il ne protège pas contre les infections dues à d'autres types d'*Haemophilus influenzae*, ni contre les méningites causées par d'autres micro-organismes.

**2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser PENTAXIM ?**

**N'utilisez jamais PENTAXIM :**

- si votre enfant est allergique (hypersensible)
  - à l'un des composants du vaccin (dont la liste figure en rubrique 6 – Contenu de l'emballage et autres informations),
  - au glutaraldéhyde, à la néomycine, à la streptomycine ou à la polymyxine B (utilisés lors de la fabrication et qui peuvent être présents à l'état de traces),
  - à un vaccin coquelucheux (acellulaire ou à "germes entiers").
- si votre enfant a eu une réaction allergique après une injection précédente du même vaccin ou d'un vaccin contenant les mêmes substances,
- si votre enfant est atteint d'une encéphalopathie évolutive (lésions cérébrales),
- si votre enfant a souffert d'encéphalopathie (lésions cérébrales) dans les 7 jours après une dose précédente d'un vaccin coquelucheux à "germes entiers" ou acellulaire,
- si votre enfant a de la fièvre ou a une maladie qui est survenue brusquement (maladie aiguë, dans ce cas, il est préférable de différer la vaccination).

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin avant d'utiliser PENTAXIM

- si votre enfant présente des troubles sanguins tels qu'une diminution du nombre des plaquettes (thrombocytopénie) ou des troubles de la coagulation en raison du risque de saignement qui peut survenir lors de l'administration intramusculaire.

- si votre enfant est vacciné à l'âge de 12 mois, la protection est diminuée

d'injection :

- si votre entente avec des corticoïdes est susceptible d'être diminuée. Il s'agit d'une infection chronique, limitée,
- **PENTAXIM** (Haemophilus

## Autres médica

Dans le cas où  
consultez votre n  
informez votre n  
tout autre médic

### 3. Comment

5. **Comments:**

### Recensioni

### Posologie

Le choix du schéma posologique

- 2 injections

2 injections  
injection de

- 3 injections  
rappel au co

## Mode d'admin

L'administration  
moyen) chez le p

**Si vous oubliez**

Si vous avez oublié  
décidera quand  
Si vous avez d'ac  
votre médecin o



1. QU'EST-CE QUE EFFICORT LIPOPHILE 0,127 %, crème ET DANS QUELLES SITUATIONS PEUT-ELLE ÊTRE UTILISÉE ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : D07AC16.

Ce médicament est une crème contenant de l'acéponate d'hydrocortisone.

Ce médicament est un dermocorticoïde d'activité forte.

Il est indiqué dans certaines maladies comme l'eczéma, le psoriasis, les allergies cutanées.

Mais votre médecin peut le prescrire dans d'autres cas.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER EFFICORT LIPOPHILE 0,127 %, crème ?

**N'utilisez jamais EFFICORT LIPOPHILE 0,127 %, crème :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'acéponate d'hydrocortisone ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Sur des lésions ulcérées.
- Sur de l'acné et rosacée.
- Si vous avez des maladies infectieuses de la peau d'origine virale (herpès, zona, varicelle), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dues à des champignons microscopiques) et parasitaires.
- Sur les paupières.

### Avertissements et précautions

**Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser EFFICORT LIPOPHILE 0,127 %, crème.**

- Une partie du principe actif peut traverser la peau et passer dans le sang en particulier lorsque la crème est appliquée sur une grande surface, sous un pansement ou une couche imperméable chez les enfants et les nourrissons.
- Ne pas arrêter brutalement le traitement sans l'avis de votre médecin.

Ce médicament doit être utilisé en respectant les conseils du médecin :

- Localisation exacte des applications.

Les recommandations suivantes doivent être suivies :

- Soins d'hygiène : ne pas utiliser simultanément un antiseptique.
- Éviter l'application prolongée sur les paupières, le visage.



LOT: 0117  
EXP: SEP 2025  
PPV: 37,80 DH



EFFICORT® Lipophile 0,127 %, crème

Tube de 30 g

AMM N°: 10 DMP/21/NCI



6 118000 020431



Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik

**pédiatre spécialiste**

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بليج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 09.05.2023

**Nourrisson JOUDAT Hady**

Age : 18 mois 20 jours

Poids : 12,50 Kg

277,00

**1 PENTAXIM VACCIN**

760,00

**2 PREVENAR 13 susp inj : 1Ser avec aig/0,5ml**

16,30

**3 SOUFRAANE**

Prendre 1 goutte le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

37,00

**4 EFFICORT LIPOPHILE 0,127 % crème : T/30g**

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 7 jours.

**5 EUCERIN ATOPI CONTROL HUILE DE BAIN**

**6 EUCERIN EMOLLIANT 5/ UREE**

Dr Hanane BENKHADRA

416, أنوال كابيتال سانتر شارع عبد المومن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - بالموعد.

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadranan@gmail.com — **Urgence : 06.63.05.28.12** : المستعجلات — Sur rendez-vous —