


Date de dépôt :

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 |
|--|---------------|-----------------------|
|  | Le 13.09.2011 | 42,50 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

007810

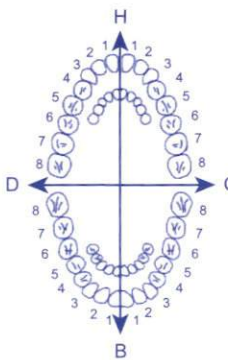
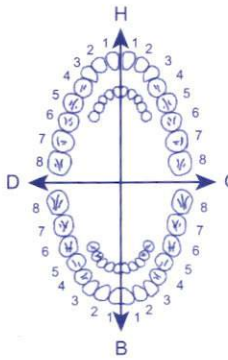
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

صيدلية أ. ب. س.

مساعد أحمد

دكتور في الصيدلة

161، شارع محمد الخامس - المدينة الجديدة

الهاتف : 62.98.31


السجل التجاري ، 5454 - بتانتا ، 46757435

Nº 000000428

Safi, le 13/09/21 آسفی، فی

M'zaouli M'Ramed

Doit

| Quantité | Désignation | Prix Unitaire | TOTAL |
|--|-----------------|---------------|-------|
| 1 | Gastrogel Sirap | 20,40 | 20,40 |
| 1 | Aspégic N Sirap | 21,80 | 21,80 |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | 42,20 |
| quarante deux dirhams vingt cts. | | | |
|  | | | |



كاستروجيل

هيدروكسيد الألومنيوم و الماغنسيوم

حامي الغشاء المخاطي للمرى و المعدة و الإثنى عشر

الشكل و التقديم :

كاستروجيل أقراص للضم : العلبة تحتوي على 40 قرصا ، في شرائط مثكلة حرايا .
كاستروجيل شراب معلق : القنينة من زجاج داكن تحتوي على 250 مل.

التركيب :

الأقراص
هيدروكسيد الألومنيوم 400 ملغ
هيدروكسيد الماغنسيوم 400 ملغ
سواغ معطر لما يكفي قرص واحد .
سواغ ذو تأثير معروف : ساكاروز
الشراب المعلق :
هيدروكسيد الألومنيوم 3,5 غ
هيدروكسيد الماغنسيوم 4 غ
سواغ معطر لما يكفي 100 ملل
سواغ ذو تأثير معروف : إستر باراهيدروكسيد بنزوات ، صوريبتول ، مانيتول .

الخصائص :

كاستروجيل هو مضاد الحموضة و حامي الغشاء المخاطي للمرى و المعدة و الإثنى عشر .
كاستروجيل هو شفاف لا يتحبب الأشعة السينية .
هيدروكسيدات الماغنسيوم و الألومنيوم تعتبر مضادات للحموضة الموضعية ، غير نسقية ، التي منها الإمتصاص ، الذي لا أهمية له عند الشروط العادية للإستعمال .

الإستعمالات :

كاستروجيل بوصف للبالب (ابتداء من 15 سنة) عند الإصابة بحرقة المعدة ، تساعد الحموضة ، عسر الهضم ، الحرقة وعدم القابلية المعدية لبعض الأدوية (المسكنات ، مضادات الإلتهابات) .

ضد الإستعمالات :

— فرط الحساسية لأحد مكونات المستحضر .
— القصور الكلوي القاسي ، بسبب وجود الماغنسيوم .

المقار و طريقة الإستعمال :

المخصصة للبالب (ابتداء من 15 سنة) .

المقار :

كاستروجيل الشراب المعلق : 1 ملعقة كبيرة خارج الوجبات و لحظة الأزمات ، دون تجاوز 6 ملاعق حجم ملعقة الشورية في اليوم .
تحرك القنينة قبل الإستعمال ، و يملع المعلق على هيئة دون إضافة الماء .
كاستروجيل أقراص : قرص واحد إلى اثنين يمسح أو ينضم خارج الوجبات و لحظة الأزمات دون تجاوز 6 أقراص في اليوم ، أو في الأقصى 12 قرصا في اليوم .
في حالة الإرتباب ، استشيروا طبيبك أو الصيدلاني .

التحذيرات و الإحتياطات عند الإستعمال :

التحذيرات : ينصح باستشارة الطبيب في حالات :
— النقص في الوزن ؛
— صعوبة البلع أو الإزاحات البطنية المستمرة ؛
— الاضطرابات الهضمية التي تظهر لأول مرة أو المتغيرة حديثا ؛
— القصور الكلوي ؛
• الأقراص للضم :

كاستروجيل يحتوي في تركيبة على السكر ، لا ينصح باستعماله عند المعالج الذي يمثل عدم إحتمال الفريكتوز ، تزامن سوء إمتصاص الكلوكوز و الكلاكتوز ، أو نقص في خميرة السكر - إزوماتناز .
الشراب المعلق يحتوي على باراهيدروكسي بنزوات الميثيل و بروبيل يمكن أن يحث على تفاعلات حساسية (عرضيا متأخرة) ، كاستروجيل يحتوي على الصوريبتول و المانيتول ، لا ينصح باستعماله عند المعالجن الذين يمثلون عدم إحتمال الفريكتوز (مرض وراثي نادر) .

الإحتياطات عند الإستعمال :

عند المعصيان بالقصور الكلوي و غل الكلى الدائم ، يجب الأخذ في الحسبان المحتوى بالألومنيوم (مخاط مرض الدماغ) .
في حالة استمرار الإضطرابات لمدة تفوق 10 أيام من العلاج أو تفاقم الإضطرابات ، يجب القيام بالبحث عن الأسباب وإعادة تقييم التصرف المتخذ .

الحمل :

في غياب المعطيات المعتمدة في ربايات التطور عند الحيوان ، إستعمال كاستروجيل لا يمكن تناوله أثناء الحمل إلا إذا كان ذلك ضروريا . بالمقابل ، سريديا ، لم ينجز أي تقرير عن أي تشوه خلقي أو تسمم الجنين إلى يومنا هذا .
الأخذ في الحسبان تواجد أيونات الألومنيوم أو الماغنسيوم المحتفل بقائها بالمر الهضمي .
— أملاح هيدروكسيد الماغنسيوم يمكنها أن تثير الإسهال .
— أملاح الألومنيوم هي مصدر الإسهال الذي يمكنه أن يضاف إلى الإسهال الكلاسيكي للحمل .
— تفادي أخذ الجرعات المرتفعة من هذا الدواء لمدة طويلة أثناء الحمل .

الرضاعة :

الرضاعة يمكن تتبعها أثناء هذه المعالجة .
كاستروجيل هو دواء لا يترك في متناول الأطفال .
في حالة الإرتباب أو المضاعفات ، استشيروا طبيبك أو الصيدلاني .

تأثيرات غير المرغوب فيها :

إمكانية حدوث :
— اضطرابات الممر الهضمي (إسهال أو إمساك) .
— الإلراغ القصوري في حالة الإستعمال المطول أو الجرعة المرتفعة بسبب تواجد الألومنيوم .

التداخل الدوائي :

مضادات الحموضة المتأخرة بعض الأدوية الأخرى المتجرعة في آن واحد عن طريق الفم ، من الألبق و على سبيل الإحتياط يمكن الفصل بينها و بين العلاجات الأخرى مدة ساعتين .

شروط التخزين :

الأقراص للضم : تحفظ الشرائط المثكلة حرايا في التعتبة الخارجية .
الشراب : حرا .



ASPÉGIC® NOURRISSONS 100mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine
poudre pour solution

LOT : 20E012
PER: 07 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



Composition pharmaceutique : ammonium, pour

1. IDENTIFICATION DU

a/ **Dénomination** : ASI

b/ **Composition** : Acété
(quantité correspondante)

Excipients : glycine, arl
d'orange, huile essence
un sachet-dose de 204,6 mg.

c/ **Forme pharmaceutique et présentation** :

Poudre pour solution buvable en sachet-dose, boîte de 20.

d/ **Classe pharmaco-thérapeutique** :

AUTRES ANALGESIQUES ET ANTIPYRETIQUES

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (Indications thérapeutiques)

Ce médicament contient de l'aspirine.

Il est indiqué : • en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg ; lire attentivement la rubrique « Posologie ».

• dans le traitement de certaines affections rhumatismales.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg.

Pour les enfants ayant un poids ou un âge différent, il existe d'autres présentations d'aspirine : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

3- ATTENTION !

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament (Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT JAMAIS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

• allergie à l'aspirine ou à un médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou à l'un des autres composants, • antécédents d'asthme provoqué par l'administration d'aspirine ou d'un médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens), • au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée) pour des doses supérieures à 100 mg par jour, • ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution, • maladie hémorragique ou risque de saignement, • maladie grave du foie, • maladie grave des

reins, • maladie grave du cœur, • traitement par le méthotrexate à des doses supérieures à 20 mg/semaine, lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses, notamment dans le traitement des affections rhumatismales (50 à 100 mg/kg par jour), de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour), • traitement avec des anticoagulants oraux et lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses, notamment dans le traitement des affections rhumatismales (50 à 100 mg/kg par jour), de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour) et en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal (Cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

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

b) Mises en garde spéciales : • Ce médicament contient du lactose, utilisation est déconseillée, chez les patients présentant une intolérance au lactose (maladie héréditaire rare). • En cas d'association à d'autres médicaments, pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence d'aspirine dans la composition des autres médicaments. • En cas de maux de tête survenant lors d'une utilisation prolongée et à fortes doses d'aspirine, vous ne devez pas augmenter les doses, mais prendre conseil de votre médecin ou de votre pharmacien.

L'utilisation régulière d'antalgiques, en particulier plusieurs antalgiques en association, peut conduire à des lésions des reins. • Des syndromes de Reye (maladie rare mais très grave associant principalement des troubles neurologiques et une atteinte du foie) ont été observés chez les enfants présentant des maladies virales et recevant de l'aspirine. En conséquence :

- en cas de maladie virale, comme la varicelle ou un épisode d'allure grippale : ne pas administrer d'aspirine à un enfant sans l'avis d'un médecin, - en cas d'apparition de trouble de la conscience ou du comportement et de vomissements chez un enfant prenant de l'aspirine, prévenir immédiatement un médecin.

* L'aspirine ne doit être utilisée qu'après avis de votre médecin : • en cas de traitement d'une maladie rhumatismale, • en cas de déficit en G6PD (maladie héréditaire des globules rouges), car des doses élevées d'aspirine ont pu provoquer des hémolyses (destruction des globules rouges), • en cas d'antécédents d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, d'hémorragie digestive ou de gastrite, • en cas de maladie des reins ou du foie, • en cas d'asthme : la survenue de crise d'asthme, chez certains sujets, peut être liée à une allergie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué, • en cas de règles abondantes, • en cas de traitement par : • des anticoagulants oraux, lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses dans le traitement de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour) et en l'absence d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal, • des