

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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W21-673681

107495

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6229 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SEBTE MED KATRAL

Date de naissance : 01/12/1962

Adresse : Vamale Sebte62@gmail.com

Tél. : 06 06 31 02 10 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 :

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° : A-A-215/2019



RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.

La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)

Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.

Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.

Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.

Soins dentaires : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable est obligatoire.

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.

Délai de remise des pièces : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remises à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.

L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

Protection des données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 17640333

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

☐ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Âge

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°

17640333



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :

Date :

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :

Date de l'appareillage :



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 9509 /

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : JAMAL SOUMIA

CERTIFICAT N° : 3872427 MATRICULE: 3872427

BENEFICIAIRE : JAMAL SOUMIA

DATE DE LA DECLARATION : 23/02/2022

DECLARATION N° : 17640333 / 17640333

DATE DE REMBOURSEMENT : 28/02/2022

| CODE ACTE | NATURE DES PRESTATIONS | VOUS AVEZ PAYE | REMB. ASSUREUR DE BASE | BASE DE REMB. | * COEFF. | TAUX REMB. | MONTANT DE REMB. |
|-----------|------------------------|----------------|------------------------|---------------|----------|------------|------------------|
| 1 | Consultation | 180.00 | | 180.00 | | 80.0% | 144.00 |
| 15 | Pharmacie | 298.50 | | 298.50 | | 80.0% | 238.80 |
| | TOTAUX | 478.50 | | 478.50 | | | 382.80 |

OBSERVATIONS :

a cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Meteospasmyl®

Capsule molle - Boite de 20 Citrate d'alvérine et Siméticor

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40, 40, 40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

METE

aliment

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 car lui seul

peut juger de la nécessité de le poursuivre.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre

pharmacien avant de prendre tout médicament.

Allaitement

Vous devez éviter de prendre ce médicament si

vous allaitez.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre

pharmacien avant de prendre tout médicament.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que METEOSPASMYL, capsule molle et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre METEOSPASMYL, capsule molle ?
3. Comment prendre METEOSPASMYL, capsule molle ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver METEOSPASMYL, capsule molle ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE METEOSPASMYL, capsule molle ET DANS QUELS CAS

est-il utilisé ?

Conduite de véhicules et utilisation de machines
Il est peu probable que METEOSPASMYL ait un effet sur votre aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines. Toutefois, METEOSPASMYL peut provoquer des vertiges et cela peut avoir un effet sur votre aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

3. COMMENT PRENDRE METEOSPASMYL, capsule molle ?

Posologie

RESERVE A L'ADULTE

1 capsule 2 à 3 fois par jour.

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, 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.
- Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

MUXOL® 0.3%
Solution buvable en flacons de 125 ml et 250 ml
(Chlorhydrate d'Ambroxol)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Garder cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

1- COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif :

Chlorhydrate d'Ambroxol 0,300 g
Quantité Correspondant à Ambroxol base (0,273 g).

Excipients : Glycérol, Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, Arôme banane (Acétate de furfuryle, acétate de isoamyle, acétate d'isobutyle, acétate de méthyle -3-butényle, acétoïne, butyrate d'amyle, delta-décalactone, eugénol, pipéronal, propionate de benzyle, maltol, vanilline, propylène glycol), Acide citrique monohydrate, Eau purifiée qsp 100 ml

Excipients à effet notoire : Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle.

2- CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ

MUCOLYTIQUES.

(R : SYSTEME RESPIRATOIRE).

3- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitement des troubles de la sécrétion bronchique de l'adulte et de l'enfant, notamment au cours des affections bronchiques aiguës et des épisodes aigus des bronchopneumopathies chroniques.

Ce médicament est expectorant. Il facilite l'évacuation par la toux des sécrétions bronchiques.

4- POSOLOGIE

• **Chez l'adulte :**

Posologie usuelle : 1 cuillère à soupe matin et soir.

• **Chez l'enfant :**

Plus de 5 ans : 1 cuillère à café trois fois par jour ;

2 à 5 ans : ½ cuillère à café trois fois par jour.

Mode d'administration

Voie orale

Fréquence d'administration

Les prises seront espacées à intervalle régulier.

Durée de traitement

La durée du traitement ne dépassera pas 8 à 10 jours sans avis médical.

5- CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais MUXOL, solution buvable :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament ;
- Ne donnez pas MUXOL à votre enfant de moins de 2 ans.

6- EFFETS INDÉSIRABLES

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Rare : pouvant survenir au maximum chez 1 personne sur 1 000 :

Réaction d'hypersensibilité ;

Eruption cutanée, urticaire.

Fréquence indéterminée : ne peut être estimée sur la base des données disponibles :

Réactions anaphylactiques, dont choc anaphylactique, angio-œdème (gonflement rapide de la peau, du tissu sous-cutané, de la muqueuse ou du tissu sous-cutané) et prurit ;

Réactions cutanées sévères (dont érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson/syndrome de Lyell et pustulose exanthématique aiguë généralisée) ;

Trouble digestifs mineurs à type de nausées, vomissements, brûlure d'estomac. Il est conseillé dans ce cas de diminuer la posologie.

Maux de tête, vertige.



LOT: 20438 PER: 08/2023
PPV: 75,10 DH

Levofloxacin

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information 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 QUANTITATIVE ET QUALITATIVE :

Levofloxacin (DCI) 500 mg
sous forme de levofloxacin hemihydraté
Excipients : qsp un comprimé pelliculé sécable
Excipients à effets notables : sans objet

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Levofloxacin appartient à un groupe de médicaments appelés antibiotiques. La levofloxacin est un antibiotique de type « quinolone ». Elle détruit des bactéries responsables d'infections dans l'organisme.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

EVOX® 500 mg comprimé pelliculé sécable, peut être utilisé pour le traitement des infections suivantes :

Chez l'adulte

Sinusites aiguës bactériennes
Exacerbations aiguës de bronchite chronique
Pneumonies communautaires
Infections compliquées de la peau et des tissus mous
Pour les infections mentionnées ci-dessus **EVOX® 500 mg comprimé pelliculé sécable**, ne doit être utilisé que lorsque les antibiotiques recommandés dans les traitements initiaux de ces infections, sont jugés inappropriés.
Pyélonéphrites et infections urinaires compliquées
Prostatites chroniques bactériennes
Cystites non compliquées
Maladie du charbon : prophylaxie post exposition et traitement curatif.

EVOX® 500 mg comprimé pelliculé sécable, peut également être utilisé en relais d'un traitement intraveineux initial de levofloxacin chez les patients ayant montré une amélioration de leur état.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée.

POSOLOGIE, MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Par voie orale, à avaler avec de l'eau
Les comprimés peuvent être pris au cours ou en dehors des repas.

Protégez votre peau de la lumière solaire

Évitez l'exposition directe au soleil pendant que vous recevez ce médicament et pendant les 2 jours qui suivent l'arrêt du médicament.

Votre peau devient, bien plus sensible au soleil et peut vous donner des sensations de brûlure, de picotements ou former des plaques sévères, si vous ne prenez pas les précautions suivantes :

• Vérifiez que vous utilisez une crème solaire à indice de protection élevé.
• Portez toujours un chapeau et des vêtements qui couvrent vos bras et vos jambes.

• Évitez les bains de soleil.
Si vous prenez déjà des comprimés de fer, des suppléments à base de zinc, des antiacides, de la didanosine ou du sucralfate :

Ne prenez pas ces médicaments en même temps que **EVOX® 500 mg comprimé pelliculé sécable**. Prenez ces médicaments au moins 2 heures avant ou après **EVOX® 500 mg comprimé pelliculé sécable**.

Les comprimés à prendre :

• Votre médecin décide le nombre de comprimés de **EVOX® 500 mg comprimé pelliculé sécable**, que vous devez prendre.
• La dose dépend du type et du siège de l'infection dont vous souffrez.
• La durée de votre traitement dépend de la gravité de votre infection.

• Si vous avez l'impression que l'effet de votre médicament est trop faible ou trop fort, ne modifiez pas la dose de vous-même, mais interrogez votre médecin.

Adultes et personnes âgées

Infections des sinus, infections pulmonaires chez les personnes ayant des problèmes respiratoires à long terme et infections de la prostate

1 comprimé de **EVOX® 500 mg comprimé pelliculé sécable**, une fois par jour.

Pneumonies et infections de la peau et des tissus sous-cutanés, y compris les muscles

1 comprimé de **EVOX® 500 mg comprimé pelliculé sécable**, une ou deux fois par jour.

Infections des voies urinaires, y compris au niveau des reins ou de la vessie

1/2 ou 1 comprimé de **EVOX® 500 mg comprimé pelliculé sécable**, chaque jour.

LOT: GA10354
PER: 08/2023
PPV: 110 DH 00

METANAZ® 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
(DCI: Furoate de mométasone)

présentation du médicament :
pulvérisation nasale, boîte d'un flacon.

la notice avant de prendre ce médicament.
En cas de doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

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.

2. Composition du médicament

Composition en substance active :

Mométasone Furoate anhydre équivalent en mométasone 50 µg/dose

Excipients :

Glycérol, cellulose dispersible (Avicel CL 611), acide citrique anhydre, polysorbate 80, solution de chlorure de benzalkonium à 10% m/v, citrate de sodium, epi.

Liste des Excipients à effet notoire :

Chlorure de benzalkonium

3. Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité

Corticostéroïdes à usage local.

4. Indications thérapeutiques

Ce médicament contient un corticoïde. C'est un traitement anti-inflammatoire qui s'administre par voie nasale.

Il est indiqué :

- chez l'adulte et l'enfant de plus de 3 ans, en traitement de la rhinite allergique,
- chez l'adulte : pour soulager les symptômes liés à la présence de polypes dans les fosses nasales.

5. Posologie

Rhinite allergique :

Adulte et enfant de plus de 12 ans : la dose habituellement efficace est de 2 pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour le matin. Lorsque les symptômes sont améliorés, la dose peut être diminuée à 1 pulvérisation dans chaque narine par jour.

Enfant entre 3 et 11 ans : la dose habituellement efficace est de 1 pulvérisation dans chaque narine une fois par jour le matin.

La mise en route et la durée du traitement sont fonction de l'exposition allergénique.

Polype nasosinusienne :

La dose habituellement efficace est de 2 pulvérisations dans chaque narine 2 fois par jour. Lorsque les symptômes régressent la dose sera diminuée à 2 pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour.

En cas de persistance des troubles, ne pas augmenter la dose, mais consulter votre médecin.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Mode d'administration

Voie nasale

• Agiter légèrement le flacon avant emploi.

• Lors du premier usage, la pompe doit être amorcée par 10 pulvérisations. Inutilisée, celle-ci reste amorcée pendant environ 2 semaines. Au-delà, elle devra à nouveau être réamorcée par 2 pulvérisations.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Fréquence d'administration

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Durée du traitement

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Contre-indications

Ne prenez jamais **METANAZ 50 µg/dose**, suspension pour pulvérisation nasale dans les cas suivants :

• allergie à l'un des composants,

• saignements de nez,

• en cas d'herpès du nez, de la bouche ou des yeux.

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

Effets indésirables

Comme tous les médicaments, **METANAZ 50 µg/dose**, suspension pour pulvérisation nasale est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Possibilité de survenue de maux de tête, de saignements de nez, d'irritation de la gorge, d'irritation ou de sensation de brûlure nasale, d'éternuements, de sécheresse de la muqueuse du nez, de réactions d'hypersensibilité parfois associées à des manifestations cutanées, et très rarement de troubles du goût et de l'odorat.

Une candidose nasale peut parfois apparaître, il conviendra alors d'interrompre le traitement et d'envisager un traitement adapté. Consultez votre médecin afin qu'il envisage avec vous un traitement adapté. Dans ce cas, il est préférable d'interrompre le traitement corticoïde jusqu'à guérison de la candidose.

Très rarement : possibilité de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil), cataracte (opacification du cristallin de l'œil).

MeteoSpasmyl®

Capsule molle - Boîte de 20
Citrate d'alvéroïne et Siméticor

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvéroïne citrate 80 mg / Siméticor 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

METE

alimen

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 car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Allaitement

Vous devez éviter de prendre ce médicament si vous allaitez.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Il est peu probable que **METEOSPASMYL** ait un effet sur votre aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines. Toutefois, **METEOSPASMYL** peut provoquer des vertiges et cela peut avoir un effet sur votre aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

3. COMMENT PRENDRE METEOSPASMYL, capsule molle ?

Posologie

RESERVE A L'ADULTE

1 capsule 2 à 3 fois par jour.

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, 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.

• Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que **METEOSPASMYL**, capsule molle et dans quels cas est-il utilisé ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **METEOSPASMYL**, capsule molle ?

3. Comment prendre **METEOSPASMYL**, capsule molle ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver **METEOSPASMYL**, capsule molle ?

6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE METEOSPASMYL, capsule molle ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Dr Mouna SEMMAMI

Diplômée en expertise médicale
et réparation du dommage corporel
Diététique Médicale et Nutrition
Dermatologie interventionnelle

Médecine Générale

الدكتورة منى السامي

مجازة في الخبرة الطبية
و إجبار الضرر
التربية الغذائية و الحمية
التدخل الجلدي
الطب العام

Casablanca, 07 FEB 2022 : في الدار البيضاء،

Mme Jamal Soumia:

410,00 x 2

1° / Néféoprasyn (S.V.)
2 cp x 2 / J entre les repas
(7 J)

2° / Netanaz (S.V.)
32.60 2 doses / narine le so

3° / Nuxol (S.V.)
35.10 1 cp x 3 / J

E JDX NDD
298.50 1 cp / J (1 J)

PHARMACIE FLORIDA
Dr. ZIAD Mounia
Lotissement Florida, Lot. 281
Sidi Maârouf - Casa
Tél-Fax : 05 22 32 19 59

Docteur SEMMAMI Mouna
OMNIPRATICIENNE
Rés. Al Moustakbal - GH 34 Imm 300
1. Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casa
Tél : 05 22 97 26 91

إقامة المستقبّل GH 34، عمارة 300، رقم 1، شارع القدس، سيدي معروف، الدار البيضاء
Résidence Al Moustakbal, GH 34, Imm. 300, N°1 Bd. Al Qods, Sidi Maârouf - Casablanca

☎ 05 22 97 26 91

091165589

