

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0019790

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1256 Société : 129802

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLAoui KHNATA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0019790

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

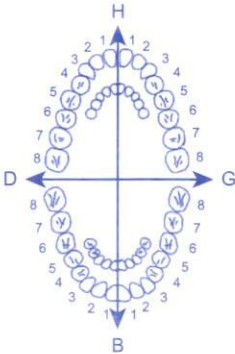
[illegible]

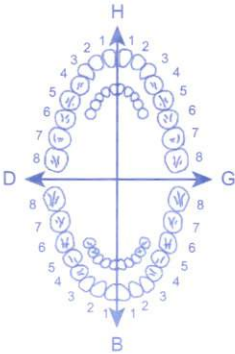
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

* 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 : 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	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez 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			
						CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>						
	[Création, remont, adjonction]						
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						

	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

- Reclamation : 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 - 8ème 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° P19- 0016365

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1886 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : SAOUI KHATA Date de naissance : 1956
 Adresse : 50 lot KHAR FADUI oujda
 Tél : 820500 Total des frais engagés : 358,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 Jul 2022
 Nom et prénom du malade : SAOUI KHATA Age : 66
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardiopathie chronique
 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 : Oujda Le : 14/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016365

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 :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 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
14 JUL 2022	5.5		300 011	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/07/22	58,80

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

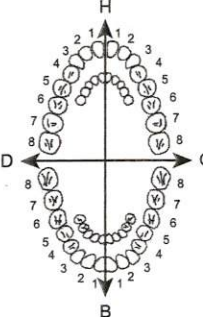
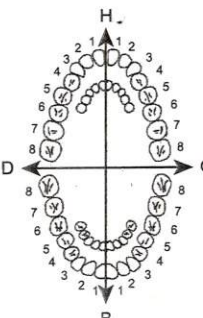
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SALHI Yahya

**Spécialiste en ORL & Chirurgie
Cervico - Faciale**

Angle Rue Jakarta et Lt Belhoucine
Imm. Saidi - 3^{ème} étage - OUJDA
Tél. : 05 36 70 22 70



الدكتور صالح يحيى

**اختصاصي في امراض وجراحة
الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق**

زاوية زنقتي جاكارتا وليوتنو بلحسين
عمارة سعيدي - الطابق الثالث - وجدة
الهاتف : 05 36 70 22 70

Ordonnance

Oujda, le

14 Jul 2022

SLaou
lchnatg

(SV)

vitaneuryl 4g
1 g + 3g 15g

(SV)

Numodol 400

Si douleur

PHARMACIE LA CLINIQUE
IMPE. 135 135
32, Bd. Mod. Belhoucine
Tél. 0536 70 47 93 - OUJDA

SALHI Yahya
Spécialiste ORL / Chirurgie
Cervico Faciale
Rue Jakarta / Lt. Belhoucine
Saidi - 2^{ème} Et. - OUJDA
Tél. : 05 36 70 22 70

**Audiométrie - Impédancemétrie
Endoscopie Naso-pharyngo-Laryngo-Trachéale
Miscrope**

NURODOL® 400 mg, comprimé pelliculé, boîte de 30 Ibuprofène

Pour les médicaments soumis à prescription médicale :

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

- Gardez cette notice.
- Si vous avez d'autres médicaments en cours de traitement, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament est destiné à être pris par des personnes.
- Les identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables mentionnés ci-dessus apparaît, arrêtez immédiatement de prendre ce médicament et consultez votre médecin.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que NURODOL ?
2. Quelles sont les indications ?
3. Comment prendre le comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables ?
5. Comment conserver le médicament ?
6. Informations supplémentaires

PPV :
LOT :
PER :

30,00

DANS QUELS

1. QU'EST-CE QUE NURODOL ?

CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament appartient à la classe des Anti-Inflammatoires, Antirhumatismaux, non stéroïdiens.

Indications thérapeutiques :

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : l'ibuprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- En traitement de longue durée de :
 - certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
 - certaines arthroses sévères ;
- En traitement de courte durée de :
 - certaines inflammations du poulvoir des articulations (tendinite, bursite, épaule douloureuse aiguë),
 - douleurs aiguës d'arthrose,
 - certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
 - douleurs lombaires aiguës,
 - douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
 - douleurs et oedèmes liés à un traumatisme ;
 - fièvre et/ou douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, réplis douloureux.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE NURODOL 400 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Contre-indications :

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

- Ne prenez jamais NURODOL 400 mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants :
- A partir du 6ème mois de grossesse,
- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise d'ibuprofène ou de substances d'aspirine proches telles qu'autres AINS, aspirine,

Grossesse :
Au cours des 5 premiers mois de votre grossesse, votre médecin peut être amené, si nécessaire à vous prescrire ce médicament.

A partir du 6ème mois de grossesse, vous ne devez en aucun cas prendre de vous-même ce médicament, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, notamment sur un plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela même avec une seule prise.

Il peut arriver toutefois, dans des cas très particuliers, que votre gynécologue vous prescrive ce médicament. Dans ce cas, respectez strictement l'ordonnance de votre médecin.

Allaitement :

Ce médicament passe dans le lait maternel. Par mesure de précaution, il convient d'éviter de tisser pendant l'allaitement.

FAÇON GÉNÉRALE. IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

Sport :

Sans objet

Effet sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines :

Dans de rares cas, la prise de ce médicament peut entraîner des vertiges et des troubles de vue.

Excipient à effet notoire :

Sans objet

3. COMMENT PRENDRE NURODOL 400 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Instruction pour un bon usage.

Posologie et mode d'administration :

Posologie

Réservé à l'adulte (plus de 15 ans).

Indications rhumatologiques :

- traitement d'attaque : 2 comprimés à 400 mg, 3 fois par jour, soit 2400 mg par jour ;
- traitement d'entretien : 1 comprimé à 400 mg, 3 à 4 fois par jour, soit 1200 à 1600 mg par jour ;

Dysménorrhée : 1 comprimé à 400 mg par prise, à renouveler si nécessaire, sans dépasser 4 comprimés à 400 mg par jour (soit 1600 mg par jour).

Affections douloureuses et/ou états fébriles : 1 comprimé à 400 mg par prise, à renouveler si nécessaire, sans dépasser 3 comprimés à 400 mg par jour (soit 1200 mg par jour).

Mode d'administration

Voie orale.

Avaler le comprimé, sans le croquer, avec un grand verre d'eau.

Les comprimés sont à prendre de préférence au cours d'un repas.

Fréquence d'administration

Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de fièvre. Elles doivent être espacées d'au moins 6 heures.

Durée du traitement

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

En dehors des affections rhumatismales, si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou si elles s'aggravent ou en cas de survenue d'un nouveau trouble, en informer votre médecin.

Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage :

Si vous avez pris plus de NURODOL 400 mg, comprimé pelliculé que vous n'avez dû, ARRÊTEZ LE TRAITEMENT ET CONSULTEZ RAPIDEMENT UN MÉDECIN OU UN SERVICE MÉDICAL D'URGENCE.

Conduite à tenir en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses :

Si vous oubliez de prendre NURODOL 400 mg, comprimé pelliculé ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus

VITANEVRIL FORT 100 mg,

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.
(DCI) Benfotiamine

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.
Jamais à quelqu'un d'autre, même en cas des symptômes, 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.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise
Benfotiamine 100 mg

Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée.
Il peut contenir un comprimé excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathie.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxico-alcoolique.
- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration :
Voie orale.
- Durée du traitement :
se conformer à l'ordonnance de votre médecin.
- Fréquence d'administration :
2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.
DANS TOUTES LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE-INDICATIONS

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

- Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :
 - Intolérance connue à la vitamine B1.
 - Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

NHESITEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT.

8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le lactose monohydrate, ce médicament peut contenir du glucose et du galactose ou de déficit en

CONSEILLER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN.

Si vous avez une intolérance au fructose, demandez l'avis de votre pharmacien.

Les médicaments ;
Les boissons ;
Les effets de phytothérapie ou thérapie

LES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS :
SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT EFFET ANORMAL EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

10. CONDUITE A TENIR EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

D'UNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURES DOSES

Sans objet.

14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- Conditions de prescription et de délivrance
- Précautions particulières de conservation
- Tenir hors de la portée des enfants
- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte
- Nom et adresse du fabricant quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc
- Sans objet

- Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc

SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zoubair Ibnou Al Aouam
Roches Noires
20300 Casablanca
Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015

Dr. SALHI Yahya
Spécialiste en ORL & Chirurgie
Cervico - Faciale

Angle Rue Jakarta et Lt Belhoucine
Imm. Saidi - 3^{ème} étage - OUJDA
Tél. : 05 36 70 22 70



الدكتور صالح يحيى
اختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق
زاوية زنقتي جاكارتا وليوتنو بلحسين
عمارة سعيدي - الطابق الثالث - وجدة
الهاتف : 05 36 70 22 70


14/07/2022
Ordonnance

Oujda, le

NOTE D'HONORAIRES

M. SLAOUI khnata

Règlement d'une somme de 300dh
trois cent dirhams
consultation orl+nasofibroscopie.


DR SALHI Yahya
Spécialiste ORL / Chirurgie
Cervico - Faciale
Angle Rue Jakarta et Lt Belhoucine
Imm. Saidi - 3^{ème} étage - OUJDA
Tél. : 05 36 70 22 70

Audiométrie - Impédancemétrie
Endoscopie Naso-pharyngo-Laryngo-Trachéale
Miscrope

Dr. SALHI Yahya
Spécialiste en ORL & Chirurgie
Cervico - Faciale

Angle Rue Jakarta et Lt Belhoucine
Imm. Saidi - 3^{ème} étage - OUJDA
Tél. : 05 36 70 22 70



الدكتور صالح يحيى

اختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق
زاوية زنقتي جاكارتا وليوتنو بلحسين
عمارة سعيدي - الطابق الثالث - وجدة
الهاتف : 05 36 70 22 70

14/07/2022
Ordonnance

Oujda, le 14 Jul 2022

SLAOUI khnata

COMPTE-RENDU:
NASOFIBROSCOPIE

- Fosses nasales : hypertrophie

bilatérale du cornet inférieur

- Cavum : libre

- Pharyngo-larynx : sans anomalie
sauf un rétrécissement pharyngé

Dr. SALHI Yahya
Spécialiste en ORL & Chirurgie
Cervico Faciale
Angle Rue Jakarta et Lt. Belhoucine
Imm. Saidi - 2^{ème} Et. - OUJDA
Tél. : 05 36 70 22 70

Audiométrie - Impédancemétrie
Endoscopie Naso-pharyngo-Laryngo-Trachéale
Miscrope