

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° W19-522910

ND: 25247

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1630 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRIBY FADILA

Date de naissance : 03 06 1975

Adresse : BLVD M. D. Idrissia III N° 811

Casablanca 2^e étage

Tél. : 06 66 62 06 00 Total des frais engagés : Complet Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

Adresses Mails utiles

0 Réclamation : contact@mupras.com

AM

nlam group

Informations importantes

Informations par personne et par maladie

doit comporter les cachets du médecin traitant, les noms et les prénoms (bénéficiaire) inscrits de

doit être accompagnée de la personne malade doivent être accompagnés par les praticiens eux-mêmes,

la personne malade doivent être accompagnés par les praticiens eux-mêmes,

ant une maladie doivent être accompagnés par les praticiens eux-mêmes,

ier les causes, circonstances,

tes et PPM concernant les soins aux ordonnances.

médicale ou chirurgicale, la personne doit être accompagnée d'une personne sur laquelle devront être effectués, la ventilation des frais médicaux d'hospitalisation et le détail des soins.

honoraires et ordonnances remis et conservés par la Compagnie.

• Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la Compagnie dans un délai d'un mois.

• Pli confidentiel : dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, en préciser la nature sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Compagnie.

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

• Lorsque la personne bénéficie d'un premier remboursement auprès d'un régime de prévoyance, l'assuré(e) doit remettre à la Compagnie les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.

• Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

• Dans le cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants. Ce document doit nous être retourné dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaires.

• Réclamations : toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la date de dépôt du dossier maladie.

• Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.



SAHAM Assurance

member of Sanlam group

Déclaration de maladie N°15 034359

A

Maladie ☐Maternité ☐Optique ☐Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante :

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : HANNOUNE Prénom(s) : MOHAMMEDN° de C.I.N. : BH 150 125 Date de naissance : 16/06/1972Adresse : Rue californie Imm 6 App 11 MandaranaVille : CASAMontant des frais engagés : 559,4 DH N° GSM : 0660507688

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 : CASA, le 18/12/19

Signature de l'assuré(e)

Clause « 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 siège social de SAHAM Assurances, sis au 216, Boulevard Zerkouni - 20000 CASABLANCA - Tél. : 0522 43 56 00 - MAROC.

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.

SAHAM Assurance, Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°17-99 portant code des assurances * siège social 216, Boulevard Zerkouni-20000 Casablanca Maroc * RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 * Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - ICE : 000230054000034 * Tél : 0522 43 56 00 * Fax : 0522 20 60 81

Police n° :

Adhésion n° :

VOLET DÉTACHABLE

N°15034359

Police n° :

Adhésion n° :

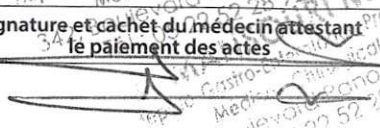
france.ma

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

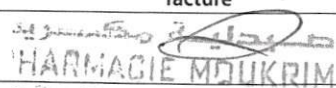
Nom du patient : Hammoune Prénom(s) du patient : Ryan
 Date de naissance : 14/09/2010 Lien de parenté avec l'assuré(e) :
 Nature de la maladie : Infection
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : /
 Fait à : Casa, le 17/12/2019

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
17/12/2019	2		200 DA	
17/12/2019	1		200 DA	
N° ICE' [] N° INP' []				
N° ICE' [] N° INP' []				

(*) Champs à remplir obligatoirement par le praticien

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
17/12/19	159,40	
N° ICE' [] N° INP' []		
N° ICE' [] N° INP' []		
N° ICE' [] N° INP' []		

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature ou
N° ICE' [] N° INP' []			
N° ICE' [] N° INP' []			
N° ICE' [] N° INP' []			

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____
 Facture ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____

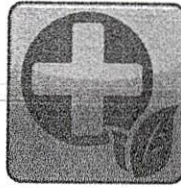
Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature N° d'autorisation
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE' [] N° INP' []						
N° ICE' [] N° INP' []						
N° ICE' [] N° INP' []						

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fid
-----------------	-----

Dr Mouna Mansouri

n 342 Boulevard Panoramique Ain Chouk
Casablanca
Telephone: 0522522892
Fax:
Site internet:

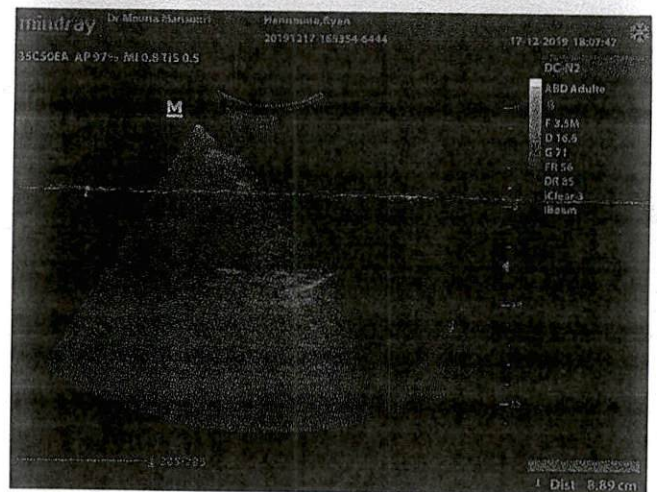
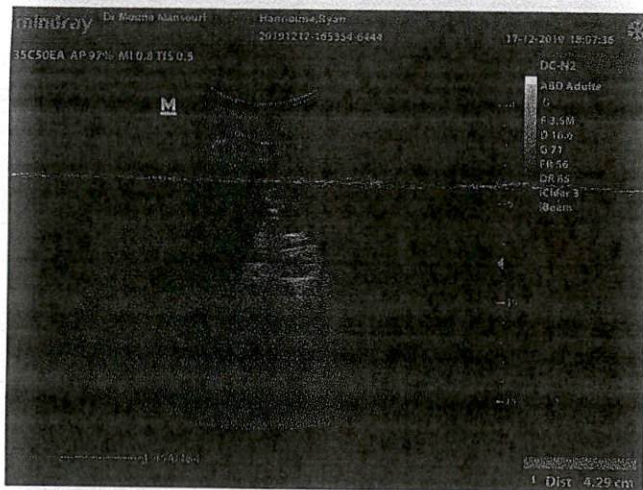
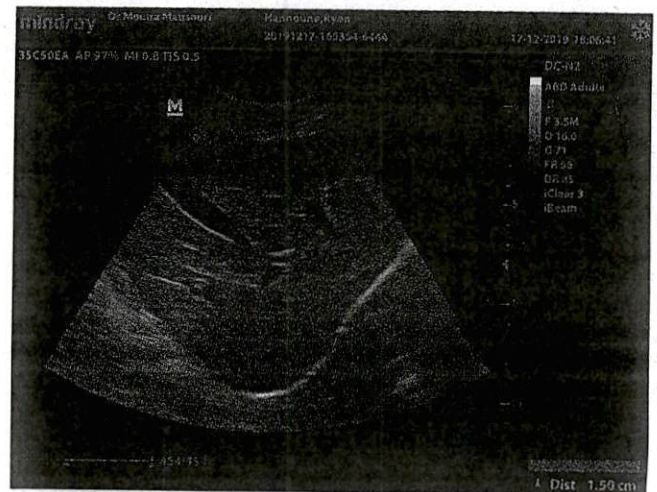
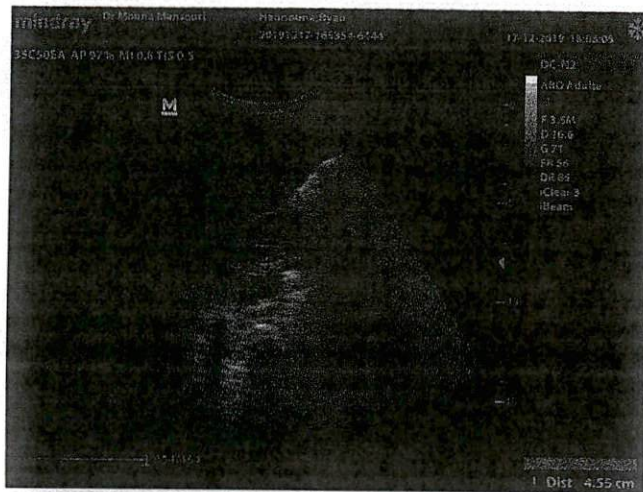


Nom: Hannoune, Ryan
ID: 20191217-165354-6444
Sexe: Incon.

ABD Adulte
Date exam: 17/12/2019
Equipeement utilisé: MINDRAY DC-N2

Abdomen

Image ultrason



Commentaires:

- Foie : de taille normale, de contour régulier, homogène.
- Vésicule biliaire : alithiasique, à parois fine, voies biliaires libres, TP normal.
- Pancréas, masqué par les gazs.
- Rate : de taille et d'échostructure normale.
- Rein droit et gauche : de taille normale, bonne différenciation cortico-médullaire.
- Aérocolie diffuse.

Signature:

Date sign.:

Dr. MANSOURI Mouna
342, Boulevard Panoramique
Tél: 05 22 52 28 92

Dr Mouna MANSOURI

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins, Obésité
Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
Fibroscopie, Colonoscopie
Echographie Abdominale

الدكتورة منى منصوري

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المعدة، المرارة، الأمعاء، السمرة
أمراض وجراحة المخرج (البواسير)
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Casablanca, le : : الدار البيضاء في

17 Décembre 2019

Facture N°: FC1912000509

Patient ; Enf. HANNOUNE RYAN

Echographie abdominale : 200 DH

Arreté la présente facture à la somme de Deux cent dirham.

ICE 001960530000045

Dr. MANSOURI Mouna
Hepato-Gastro-Entérologue Proctologie
Médico - Chirurgicale
342, Boulevard Panoramique
Tél.: 05 22 52 28 92

رقم 342، الطابق الأول، شارع المنظر العام، عين الشق - الدار البيضاء

N°342, Boulevard Panoramique, Aïn Chock - Casablanca

Tél. : 0522 52 28 92, E-mail : mouna.mansouri77@gmail.com

Dr Mouna MANSOURI

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins, Obésité
Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
Fibroscopie, Colonoscopie
Echographie Abdominale

الدكتورة منى منصوري

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد، المعدة، المرارة، الأمعاء، السمانة
أمراض وجراحة المخزج (البواسير)
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Casablanca, le : الدار البيضاء في

17 Décembre 2019

Enf. HANNOUNE RYAN

70,80
1/ TRIMEDAT

1 c à s, 3 fois par jour, 5 jours

11,30
2/ VOGALENE SUPPO

1 sup x2/jour, 5 jours

19,70
3/ APAZIDE

2 gélules, matin et soir, 3 jours

4/ ANTI GAZ ADULTS

1 sachet oro dispersible x 2 / j ,avant les repas, 5 jours

97,60

159,40

PHARMACIE MOUKRIM
60, Rue 30 - Mouloudine Ain Chock
Tél: 0522 52 28 92

Dr. MANSOURI Mouna
Hépatogastro-Entérologie - Proctologie
Médecin - Chirurgien
342, Boulevard Panoramique
Tél.: 05 22 52 28 92

رقم 342، الطابق الأول، شارع المنظر العام، عين الشق - الدار البيضاء

N°342, Boulevard Panoramique, Ain Chock - Casablanca

Tél. : 0522 52 28 92, E-mail : mouna.mansouri77@gmail.com

APAZIDE®

Nifuroxazide

PPV:19DH70

PER:10-22

LOT: I2225

FORMES et PRESENTATIONS :

Gélule à 200 mg (jaune) : Boîte de 16 gélules sous plaquette thermoformée.
Suspension buvable à 4% : flacon de 100 ml.

COMPOSITION :

Nifuroxazide (DCI)	p.gélule 200 mg	p.boîte 3,2 g
Excipient à effet notoire : saccharose		
Nifuroxazide (DCI)	p.c. à c. 220 mg	p.flacon 4,4 g

INDICATIONS :

Diarrhée aiguë présumée d'origine bactérienne en l'absence de suspicion de phénomènes invasifs (altération de l'état général, fièvre, signes toxi-infectieux...).

Le traitement ne dispense pas de mesure diététique et d'une réhydratation si elle est nécessaire. L'importance de la réhydratation et sa voie d'administration (PER OS ou IV) doivent être adaptées en fonction de l'intensité de la diarrhée, de l'âge et des particularités du patient (maladies associées...).

POSOLOGIE et MODE D'EMPLOI :

Voie orale.

Gélule :
Réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 6 ans.

Adulte : 4 gélules (800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

Enfant à partir de 6 ans : 3 à 4 gélules (600 à 800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

La durée du traitement est limitée à 7 jours.

Suspension buvable :

Enfant de plus de 2 ans : 660 mg par jour, soit 3 cuillères à café par jour en 3 prises.

Le traitement ne doit pas excéder 7 jours.

CONTRE-INDICATIONS :

- Tout antécédent de réaction allergique aux dérivés du nitrofurane ou à l'un des autres constituants
- Prématuré, nouveau-né (0 à 1 mois) et nourrisson de moins de 2 ans.

MISES EN GARDE et PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

- En cas de diarrhée infectieuse avec des manifestations cliniques suggérant un phénomène invasif une antibiothérapie par voie générale doit être envisagée.
- La prise de la gélule est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans, car elle peut entraîner une fausse-route.
- La réhydratation peut être l'élément essentiel du traitement des diarrhées aiguës de l'enfant. Elle devra être systématiquement envisagée.

Précautions d'emploi :

Devant une diarrhée chez l'enfant, il convient d'envisager l'éventualité d'un déficit congénital saccharase, avant de prescrire un médicament contenant du saccharose.

TABLEAU C (LISTE II)



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

LOT: 190574
PER: 03-22
PPV: 11,30DH

VOGALENE® 5 mg, suppositoire METOPIMAZINE

Si vous avez toute 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 du médicament :

Metopimazine 0,005 g
Glycérides hémi-synthétiques solides 1,960 g
Pour un suppositoire de 2g
Liste des excipients à effet notoire : Sans objet.

Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :

Ce médicament est un anti-émétique et un antinauséeux.

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des nausées et des vomissements.

Posologie :

La posologie est à adapter en fonction de l'horaire et de l'intensité des troubles avec la possibilité de réitérer jusqu'à trois fois par jour l'administration. Cesser le traitement dès disparition des symptômes.

Adultes :

15 à 30 mg/jour
Soit 3 à 6 suppositoires par jour, répartis en 3 prises.

Enfants de 6 à 12 ans :

7,5 à 15 mg/jour répartis en 3 prises ; pour obtenir une posologie inférieure à 15 mg par jour, utiliser la forme «VOGALENE 0,40% Gouttes», pour plus de précisions, se référer à la posologie et au mode d'administration de cette forme.

Enfants (de moins de 6 ans) :

La forme «VOGALENE suppositoire» n'est pas adaptée à cette tranche d'âge. Utiliser la forme «VOGALENE 0,40% Gouttes» ; pour plus de précisions, se référer à la posologie et au mode d'administration de cette forme.

Mode d'administration :

Voie rectale.
Dans tous les cas se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Contre-indications :

N'utilisez jamais VOGALENE 5 mg, suppositoire dans les cas suivants :

- glaucome,
 - troubles uréthroprostatiques,
 - hypersensibilité à la metopimazine ou à l'un des excipients du produit.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, VOGALENE 5 mg, suppositoire est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet :

- somnolence,
- des contractures musculaires, pouvant entraîner des difficultés à effectuer certains mouvements (marche, écriture, parole...), ou des mouvements anormaux.
- malaises à type d'hypotension, lors du changement de position (allongé/debout) observés en particulier avec la forme injectable.
- sécheresse de la bouche,
- constipation,
- troubles de l'accommodation visuelle,
- rétention urinaire,
- impuissance, frigilité,
- arrêt des règles; écoulement anormal de lait, développement des seins chez l'homme, excès de prolactine (hormone provoquant la lactation),
- éruption de boutons, rougeur de la peau.
- réaction allergiques.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :
Faites attention avec VOGALENE 5 mg, suppositoire :

Précautions d'emploi

La prise de boissons alcoolisées pendant le traitement est déconseillée. Chez le sujet âgé, l'insuffisance hépatique et/ou rénale, une somnolence, des vertiges peuvent témoigner d'un surdosage. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN. NE JAMAIS LAISSER A LA PORTEE ET LA VUE DES ENFANTS.

Interactions :

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, notamment des médicaments dopaminergiques (utilisés notamment dans le traitement des symptômes de la maladie de parkinson), ou même de l'alcool en raison de la majoration de l'effet sédatif de leur association, ou tout autre médicament même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

Utilisations en cas de grossesse et d'allaitement.

Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez la femme enceinte ou qui allaite. D'une façon générale, il convient de demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Les effets possibles du traitement sur la capacité à conduire un véhicule ou à utiliser certaines machines.

L'attention des patients est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machine, sur le risque de somnolence.

Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage

Si vous avez utilisé plus de VOGALENE 5 mg, suppositoire que vous n'auriez dû : Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

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

Si vous oubliez de prendre VOGALENE 5 mg, suppositoire : Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Mention, si nécessaire, d'un risque de syndrome de sevrage

Sans objet.

Si nécessaire, mises en garde contre certains signes visibles de détérioration

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout à l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

Conditions de prescription et de délivrance

Liste II (Tableau C).

Précaution particulière de conservation

A conserver à l'abri de la chaleur.

- Tenir hors de la portée des enfants
- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte
- La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est le : 10/2016

CECI EST UN MÉDICAMENT.

UN MÉDICAMENT N'EST PAS UN PRODUIT COMME LES AUTRES.

Il vous concerne, vous et votre santé.

Le médicament est un produit actif.

Une longue recherche a permis de découvrir son activité, mais son absorption n'est pas toujours sans danger.

Il ne faut jamais abuser des médicaments.

Il ne faut utiliser les médicaments qu'à bon escient.

Utiliser les médicaments prescrits comme vous le conseille votre médecin.

Il sait quels sont les médicaments dont vous avez besoin.

Exécutez exactement les prescriptions de son ordonnance : suivez le traitement prescrit, ne l'interrompez pas,

ne le reprenez pas de votre propre initiative.

VOTRE PHARMACIEN CONNAÎT LES MÉDICAMENTS : suivez ses conseils.

Il ne s'agit pas pour vous de prendre des médicaments en quantité importante.

Il s'agit pour vous de prendre les médicaments dont vous avez besoin.

Fabriqué par



41, rue Med Diouri 20110- CASABLANCA

ترميديا®

ترميديوتين

لقى للشراب على السكروز و

طبيب.

على وجه الاستثناء، يمكن الزيادة في هذه الجرعة إلى 600 ملغ في اليوم، في أخذتين، ثلاث أخذات.

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب:

1 ملعقة كبيرة ثلاث مرات في اليوم أثناء الوجبات الرئيسية.
على وجه الاستثناء، يمكن الزيادة في هذه الجرعة تدريجياً إلى غايه 6 ملاعق كبيرة في اليوم.

من سنتين إلى 5 سنوات : 1 ملعقة صغيرة ثلاث مرات في اليوم

أكثر من 5 سنوات : 2 ملاعق صغيرة ثلاث مرات في اليوم

طريقة تناول الدواء

ترميديا 150 ملغ كبسولات

عن طريق الفم.

تليج الكبسولات مع كوب من الماء.

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب:

عن طريق الفم.

طريقة تحضير المزيج المعلق للشراب:

إدخال الماء المعدني غير الغازي أو المخلى عبر مراحل إلى غايه عنق الفارورة.

تغلق الفارورة وتحرك تدريجياً إلى غايه الحصول على خليط متجانس.

يصبح المحلول جاهزاً للاستعمال.

من المناسب تحريك الفارورة جيداً قبل الاستعمال.

جرعة زائدة:

إذا تناولت كمية من ترميديا 150 ملغ كبسولات، أو من ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب في فارورة من فئة 250 ملل، أكثر مما ينبغي :

في حالة الجرعة المفرطة، استشر طبيبك.

تعليمات في حال نسيان تناول جرعة واحدة أو عدة جرعات:

لا يوجد أي موضوع.

خطر الإصابة بمتلازمة الانسحاب:

لا يوجد أي موضوع.

آثار غير مستحبة:

كإفني الأدوية، يمكن ترميديا التسبب في ظهور أعراض غير مستحبة لا يعاني منها كل المرضى الذين يتناولون هذا الدواء.

- تفاعلات جلدية نادرة.

إن شعرت بأي أثر غير مستحب، المرجو إخبار الطبيب أو الصيدلي. ينطبق ذلك كذلك على أي أثر غير مستحب لم يرد ذكره بهذه النشرة.

التخزين

ترميديا 150 ملغ كبسولات

ليست هناك احتياطات خاصة للتخزين.

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب، فارورة من فئة 250 ملل

قبل التحضير : ليست هناك احتياطات خاصة للتخزين.

بعد التحضير : لا يجب الاحتفاظ بالمحلول أكثر من أربعة أسابيع.

يرجى إبعاد الدواء عن متناول الأطفال.

شروط التسليم

القائمة رقم 2

الانتهاء الصلاحية

يرجى عدم استعمال ترميديا بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المدرج على ظهر العبوة.

تاريخ مراجعة النشرة :

غشت 2017

المرجو قراءة كامل هذه النشرة الدوائية يتمن قبل استخدام هذا الدواء.
المرجو الاحتفاظ بهذه النشرة الدوائية في حال دعت الحاجة إلى إعادة قراءتها.
ن كان لديكم أي أسئلة أو انتابكم أي شك، المرجو الاستشارة مع الطبيب أو الصيدلي قصد الحصول على المزيد من المعلومات.
تم وصف هذا الدواء لكم شخصياً لذا يتوجب عدم منح هذا الدواء لأي شخص آخر حتى في حال تطابق الأعراض لأن من شأن ذلك إلحاق الضرر به.
في حال ازادت شدة الآثار غير المستحبة أو برز أثر غير مستحب لم يتم الإشارة إليه بهذه نشرة الدوائية، المرجو إخبار الطبيب أو الصيدلي بذلك.

تقديم:
ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب ، فارورة من فئة 250 ملل.
ترميديا 150 ملغ كبسولات، عليه من فئة 20.

المادة الفعّالة: ترميديوتين.

إسم الدواء

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

ترميديا 0.787 % حبيبات للمزيج المعلق للشراب

ترميديا 150 ملغ كبسولة

PHARMAY 5

محضرات فاوما 5

21، رنقة البروق - الدار البيضاء - المغرب

موقع التصنيع: المنطقة الصناعية اولاد صالح - بوسكرة - المغرب

باسم: لحلو لال - صيدلي مسؤل

لا يمكن الإرضاع أثناء العلاج بهذا الدواء.

استشيري الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

الرياضيين:

لا يوجد أي موضوع

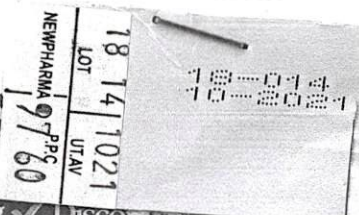
أثر الدواء على القدرة على سيطرة المركبات واستخدام الآلات:

Anti Gas[®]

ADULTS

Oral Granules
20 single-use sachets
Relieves the gastrointestinal

✓ Pressure ✓ Bloating ✓ Discomfort



INDICATIONS

Anti Gas[®] Adults is a medical device that relieves in a natural way the abdominal pain caused by flatulence. The movement of trapped air along the gastrointestinal track is a common cause of abdominal pain. Cases like this are presented either during simple processes such as air swallowing and natural treatment of certain food in the stomach and small intestine (eg. food with fiber) or by consuming carbonated, digestive drinks such as refreshments. Thus, a foam is created and accumulated (a condition called flatulence) in the narrow intestinal tract and its movement causes bloating, pain and discomfort.

Anti Gas[®] Adults contains simethicone, an antifoaming ingredient that disrupts the surface of the foam, releasing the trapped air and naturally relieving the user from bloating, abdominal pain and discomfort due to flatulence. It treats the feeling of contentment as well as the premature sense of satiety. It can be used supplementary for the preparation of the intestinal tract for diagnostic tests (eg. endoscopy, X-rays and ultrasound).

Anti Gas[®] Adults does not contain sugars, salt and gluten and has a pleasant flavor of mint. It is suitable for diabetics and children over six years old.

Each sachet contains: 125 mg Simethicone
Excipients: Isomalt, Talc, Aroma, Maltodextrin

CE 2265

MEDICAL DEVICE

INSTRUCTIONS

Consume without water.

- Place the content of 1 sachet / stick in the back of the tongue and allow it to dissolve.
- The use by children should be supervised by an adult.
- Use after meals and before bedtime.

DOSAGE

Children (over 6 years old) & Adults: 1-4 sachets/sticks per day.

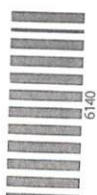
Infants and children (till 6 years old): **Anti Gas[®] Adults** should not be used on children under 6 years old. For treating abdominal discomfort at these ages try **Anti Gas[®] Oral Solution Drops**, a solution in drops easily mixable with liquid preparations, suitable for infants.

PRECAUTIONS

- Store in a cool (<25°C) and dry place, keep out of children's reach.
- Do not use on children under 6 years old.
- Do not use in case of sensitivity to any of the ingredients.
- Absorption of levothyroxine may be decreased if **Anti Gas[®]** is given concurrently to individuals treated for thyroid disorders
- Do not exceed the recommended dosage.
- The product is contained in single-use sachets/sticks. Any granule quantity remaining after opening must be disposed.

PACKAGING

Anti Gas[®] Adults 20 sachets of 1.25 g



IOULIA AND IRENE TSETI Pharmaceutical Laboratories S.A., «INTERMED S.A.»
27 Kalyftaki str, 145 64 Kifissia- GREECE, Tel.: +30 210-62.53.905, Fax: +30 210-62.53.906,
e-mail: intermed@intermed.com.gr, www.intermed.com.gr




SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600996465	Contractante	: Ste D'Etude Et Realisat Mecan
Assuré	: Mohamed Hannoune	Date de réception de la déclaration	: 27/12/2019
N° Adhésion	: 5	Date de validation	: 31/12/2019
Personne soignée	: Rayane Hannoune	Date de survenance	: 17/12/2019
Sinistre N°	: 4750110	Déclaration N°	: 15034359A
Bordereau N°	: 730364	Médecin Traitant	: MANSOURI MOUNA

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)= (a)*(b)
CONSULTATION / SPECIALISTE	200.00	NA	NA	200.00	NA	80.00 %	160.00
MEDICAMENTS	159.40	NA	NA	61.80	NA	80.00 %	49.44
RADIOGRAPHIE	200.00	NA	NA	200.00	NA	80.00 %	160.00
Totaux	559.40			461.80			369.44

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
ANTI GAS	97.60	Produits non remboursables
Totaux	97.60	

Nom du gestionnaire : BEZOU I AYMEN
Date de l'édition : 31/12/2019

a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.

Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.

b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.

c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.