

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Nº W19-537766

### Maladie

Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 1608

Matricule : 1608 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : AZZOUZI - EL IDRISI My TAHAR

Nom & Prénom : AZZOUZI - EL IDRISI My TAHAR

Date de naissance : 1950

Adresse : Rue Ahmed Kadmiri Res Nadia Im D Apt 13

Tél. : 0663082895 Total des frais engagés : 1715,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT**  
*Spécialiste de l'appareil Digestif*  
Rés. Yassine N° 2, Hay Moubaraka  
Bernoussi - Tel : 05 22 76 78 25

Date de consultation : 01/09/2020

Nom et prénom du malade : Myouss et Edwir

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : T2 - Iffsh

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 : CASA      Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Elouf



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
01/09/2022	C2		230,-	INP : 091128832

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Route d'El Jadida Bd Brahim R'chani el 05 22 99 5</i>	DA 16/9/2020	<i>PHARMACIE Route d'El Jadida Bd Brahim R'chani el 05 22 99 5 Tet 2021 100</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIographies			
Chapitre et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LA3D SOCIATE</b> <b>Dr. Mousaab Rue Saeed, Unit N°1- 2010 Casablanca</b> <b>Tel: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 00</b> <b>E-mail: abdo.sociate@memoria.ma</b>	05/09/2020	B 850 HT 50	1164,00 Dhs

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px;">H</td> <td style="width: 50px;">25533412</td> <td style="width: 50px;">21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px;">G</td> <td style="width: 50px;">00000000</td> <td style="width: 50px;">00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19-

Nº : 48296

058691

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1603 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AZZouzi AyTahar

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 : AZZouzi Idriss My Tahar 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) :

X VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-058691

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 :

# الدكتور السمار عبد المغيث

خريج كلية الطب بباريس

طبيب اختصاصي سابق بمصحة

الضمان الاجتماعي سيدى البرنوصى

## اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة - الأمعاء - الكبد)

أمراض المخرج وجراحة البواسير

الكشف بالصدى

Dr. SEMMAR Abdemourhit

GASTRO - ENTEROLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ançien Médecin Spécialiste à la Polyclinique

CNSS Sidi Bernoussi

## SPECIALISTE

Maladie de l'Appareil Digestif

(Estomac - Foie - Intestin)

## PROCTOLOGIE

Hémorroïdes, Fissures, Fistule Anale

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

Casablanca, le .....

01 / 09 / 2022

الدار البيضاء، في

m. Attouri El Driassi

m. - TAMAR

68, 09  
PHARMACIE  
Route d'El Jadida  
240, Bd Brahim Roudani.  
Tel. 05 22 99 57 46

MÉAAB  
18/11/1955

AS  
ROUTE d'El Jadida  
240, Bd Brahim Roudani.  
Tel. 05 22 99 57 46

ZeeGMB  
3445  
- mohamed

PHARMACIE  
Route d'El Jadida  
240, Bd Brahim Roudani  
Tel. 05 22 99 57 46

Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT  
Spécialiste de l'appareil digestif  
Rés. Yassine N°2, Hay Moubaraka  
Bernoussi. Tel. 05 22 76 78 25

حي مبارك إقامة ياسين رقم 02 زاوية شارع مبارك بن بوبكر حمادي و زعفان H محظى بالبرهانى أمام صيدلية يافا - الدار البيضاء

Quartier Moubaraka Rés. Yassine N°2, Ang. Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi et Rue H Sidi Bernoussi. En Face de la Ph. YAFA - Casablanca

الهاتف : 05 22 76 78 25

# الدكتور السمار عبد المغيث

خريج كلية الطب بباريس

طبيب اختصاصي سابق بمصحة

الضمان الاجتماعي سيدى البرنوصى

## اختصاصى

في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة - الأمعاء - التكبد)

أمراض المخرج وجراحة البواسير

الكشف بالصدى

## Dr. SEMMAR Abdemourhit GASTRO - ENTEROLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien Médecin Spécialiste à la Polyclinique  
CNSS Sidi Bernoussi

### SPECIALISTE

Maladie de l'Appareil Digestif  
(Estomac - Foie - Intestin)

### PROCTOLOGIE

Hémorroïdes, Fissures, Fistule Anale

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

Casablanca, le

٥١ / ٦٩ / ٨٢

دار البيضاء، في

M<sup>r</sup>: AZZOURI El IDRIS  
my ————— TATHAR

VIT D -

VIT B12



Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT  
Spécialiste de l'appareil digestif  
Rés. Yassine N°2, Hay Moubaraka  
Bernoussi - Tél: 0522 76 78 25

حي مبارك إقامة ياسين رقم 2، زاوية شارع مبارك بن بوكر حمادي وزنقة H سيدى البرنوصى، أمام صيدلية يافا - الدار البيضاء

Quartier Moubaraka Rés. Yassine N°2, Ang. Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi et Rue H Sidi Bernoussi. En Face de la Ph. YAFA - Casablanca

الهاتف : 05 22 76 78 25

**MELAXIB**

3,50 g / 4,29 g / 2,14 g pour 10 g

Pâte orale en sachet

Epidemiol Rev 1993; 15: 319-349

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

- Adre  
● Si vo  
serai  
● Vous

AMM N°202/19DMP/21/NCN  
BIOCODEX MAROC  
BP 126 NOUACEUR  
PPV : 68.00 DH

Si vous risquez de souffrir d'un déséquilibre électrolytique (par exemple si vous souffrez d'un mauvais fonctionnement des reins ou du foie ou si vous êtes traité(e) par un médicament qui augmente la production d'urine), car MELAXIB peut

ions à connaître avant de prendre MELAXIB provoquer une diarrhée qui aggraverait ce risque de déséquilibre.

l'administration d'huile de paraffine chez les personnes allongées, ayant des difficultés pour avaler ou souffrant de reflux gastro-oesophagien doit être évitée.

prudente, car la paraffine contenue dans MELAXIB peut passer dans le système digestif.

poumons et provoquer une maladie des poumons appelée pneumopathie bucale [voir rubrique 3].

**Constipation occasionnelle**  
Laxatif 3,50 g/4,29 g/2,14 g pour 10 g. par le  
muscose (Von) Henriette J.

Elle peut être liée à une modification récente du mode de vie (voyage par

Le médicament peut être une aide en traitement court. Toute constipation peut être traitée par un laxatif.

1.00 EB-CE GUE MELAXIB 3,30 g/4,29 g/2,14 g poudre 10 g, poudre

Classe pharmacothérapeutique : LAXATIFS OSMOTIQUES - code ATC :

### **Constipation occasionnelle**

Exemple).

Le médicament peut être une aide en traitement court. Toute constipation récente inexplicable par le changement de mode de vie, toute constipation accompagnée de douleurs, de fièvre, de gonflement du ventre doit faire demander l'avis du médecin.

# Trimedat® Sachets

Trimébutine

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, 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 pharmacien.

## PRÉSENTATION

TRIMEDAT® 150 mg sachets, boîte de 20.

TRIMEDAT® SANS SUCRE 150 mg sachets, boîte de 2.

## COMPOSITION

Substance active : Trimébutine base

TRIMEDAT 150 mg sachets

Trimébutine base.....

Excipients q.s.p.

TRIMEDAT SANS SUCRE 150 mg sachets

Trimébutine base.....

Excipients q.s.p.....

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antispasmodique musculotrope.

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament est indiqué chez l'adulte dans le traitement symptomatique des douleurs, des troubles du transit et de l'inconfort intestinal liés aux troubles fonctionnels intestinaux.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 2 ans.

Ne prenez jamais TRIMEDAT® 150 mg sachets ou TRIMEDAT® SANS SUCRE 150 mg sachets, en cas d'hypersensibilité à la trimébutine.

Ne prenez jamais TRIMEDAT® SANS SUCRE 150 mg sachets en cas de phénylcétonurie héréditaire (maladie dépistée à la naissance), à cause de la présence de l'aspartame.

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

## MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

TRIMEDAT® 150 mg sachets :

Chaque sachet de TRIMEDAT® 150 mg contient 2,6 g de saccharose, dont il faut tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

**Grossesse**

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger

de la nécessité de le poursuivre.

## Allaitemt

Il est préférable de ne pas prendre ce médicament si vous allaitez. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

## SPORTIFS

Sans objet.

## EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VÉHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

## LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

TRIMEDAT® 150 mg sachets contient du saccharose.

TRIMEDAT® SANS SUCRE 150 mg sachets, contient de l'aspartam.

## POSÉLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION

### Posologie :

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

La posologie usuelle est de 1 sachet 3 fois par jour.

de courte durée.

administration :

doit être dissous dans un verre d'eau.

le TRIMEDAT® 150 mg sachets ou TRIMEDAT® achats, que vous n'auriez dû: consultez votre

medecin.

## INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

## RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

## EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, TRIMEDAT® sachets est susceptible d'avoir des effets indésirables bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

• Rares réactions cutanées.

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.

## DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement ou via le centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

## CONSERVATION

Ne pas laisser à la portée des enfants.

## CONDITIONS DE DELIVRANCE

Liste II

## PÉREMPTION

Ne pas utiliser TRIMEDAT® sachets après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

## DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Mars 2018

**PHARMA5**  
Laboratoires Pharma 5

21 Rue des Asphodèles - Casablanca - Maroc

Site de fabrication: Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

## Motilium® 10 mg

**dompéridone**  
**comprimés pelliculés**

Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observez. Voir en fin de rubrique 4 comment déclarer les effets indésirables.

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. • Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien. • Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, ménages sont identiques aux vôtres. • Si vous ressentez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à l'application aussi à tout effet indésirable qui ne sera pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

**1. QU'EST-CE QUE MOTILIUM 10 mg. comprimé ?**

Ce médicament est utilisé pour traiter les nausées vomissements chez l'adulte et l'adolescent (à partir

## **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A COMPRENDRE MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé**

**NE PRENEZ JAMAIS MOTILIUM 10 mg. COMPRIMÉ PELLICULÉ.**

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la dompéridone et/ou à d'autres composants contenus dans MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé,
  - si vous avez des saignements de l'estomac ou si vous avez régulièrement des douleurs abdominales sévères ou des selles noires persistantes, • si vous avez les intestins obstrués ou perforés, • si vous avez une tumeur de la glande pancréatique (prolactinome), • si vous souffrez d'une maladie modérée ou sévère du foie, • si votre ECG (électrocardiogramme) montre un problème cardiaque appelé "allongement de l'intervalle QT corrigé", • si vous avez ou avez eu un problème qui fait que votre cœur ne peut pas pomper le sang dans l'ensemble de votre corps aussi bien qu'il le devrait (affection appelée insuffisance cardiaque), • si vous avez un problème qui entraîne une diminution du taux de potassium ou de magnésium ou une augmentation du taux de potassium dans votre sang, • si vous prenez certains médicaments (voir "Prise d'autres médicaments").

#### **Avertissements et précautions**

Ce médicament n'est pas adapté aux nouveau-nés, nourrissons et enfants de moins de 12 ans ni aux adolescents pesant moins de 35 kg. Si MOTILIUM est destiné à un enfant, demandez la formulation pédiatrique à votre médecin.

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé si vous :

- souffrez de problèmes au foie (défaillance des fonctions du foie ou insuffisance hépatique) (voir " Ne prenez jamais MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé (\*), ", souffrez de problèmes aux reins (défaillance des fonctions du rein ou insuffisance rénale). Vous devez demander conseil à votre médecin en cas de traitement prolongé car vous devrez peut-être prendre une dose plus faible ou prendre ce médicament moins souvent et votre médecin pourra être amené à vous examiner régulièrement. La dompéridone peut être associée à un risque accru de trouble du rythme cardiaque et d'arrêt cardiaque. Ce risque peut être plus élevé chez les patients de plus de 60 ans ou chez ceux prenant des doses

supérieures à 30 mg par jour. Le risque est également plus élevé lorsque la dompéridone est administrée avec certains médicaments. Prévenez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez des médicaments pour traiter des infections (infections fongiques ou bactériennes) et/ou si vous avez des problèmes au cœur ou le SIDA (voir rubrique « Prise d'autres médicaments »).

MOTILIUM doit être utilisé à la dose efficace la plus faible chez l'adulte et chez l'enfant.

Pendant le traitement par MOTILIUM, contactez votre médecin si vous présentez des troubles du rythme cardiaque, tels que des palpitations, des difficultés à respirer, une perte de conscience. Le traitement par MOTILIUM devra alors être arrêté.

#### **Prise d'autres médicaments :**

Ne prenez jamais MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé si vous prenez des médicaments pour traiter les pathologies suivantes :

- infections fongiques, par exemple la pentamidine ou particulier l'itraconazole, le flazolé, le posaconazole ou options bactériennes, entre, la clarithromycine, la clavacine, la moxifloxacine, les antibiotiques, • problèmes d'extension artérielle (par dronedarone, l'ibutilide, la le索talol, l'hydroquinidine).

Ne prenez pas MOTILIUM si vous prenez certains autres médicaments (par exemple le bénzodiazépine, la diaphénylamil, la méthadone).

Prévenez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez des médicaments pour traiter une infection des yeux.

medicaments pour traiter une infection, des problèmes cardiaques, le VIH/SIDA ou la maladie de Parkinson.

Il est important de demander à votre médecin ou à votre pharmacien si MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé est sûr pour vous lorsque vous prenez d'autres médicaments, y compris des médicaments délivrés sans ordonnance.

**Prix de MOTILIUM avec des aliments et boissons**

**Prise de MOTILIUM avec des aliments et boissons**  
Prenez MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé avant les repas. S'il est pris après les repas, son absorption est quelque peu retardée.

**Grossesse :** Le risque associé à la prise de MOTILIUM pendant la grossesse n'est pas connu.

Si vous êtes enceinte ou pensez que vous pouvez l'être, consultez votre médecin qui décidera si vous pouvez prendre MOTILIUM.

**Allaitement :** De petites quantités de dompéridone ont été détectées dans le lait maternel. MOTILIUM peut entraîner des effets indésirables sur le cœur du nourrisson allaité. MOTILIUM doit être utilisé au cours de l'allaitement uniquement si votre médecin le juge absolument nécessaire. Demandez conseil à votre médecin avant de prendre ce médicament.

**Conduite de véhicules et utilisation de machines :** Certains patients ont rapporté des sensations vertigineuses ou une somnolence après la prise de MOTILIUM. Ne conduisez pas ou n'utilisez pas de machines lorsque vous prenez MOTILIUM, avant de connaître l'effet que MOTILIUM peut avoir sur vous.

**Informations importantes concernant certains composants de MOTHULUM 10 mg, comprimé pelliculé :**



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –  
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417  
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA  
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

**Dr. Abdellatif LOUDGHIRI**  
Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie  
Mycologie - Parasitologie – Virologie

## FACTURE N° : 200004488

CASABLANCA le 05–09–2020

**Mr My Tahar AZZOUZI EL IDRISI**

Demande N° 200905A009

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 05–09–2020

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Vitamine B12 (Cobalamine)	B400	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B

Total des B : 850

TOTAL DOSSIER : 1164.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent soixante-quatre dirhams



Code Patient : 170417A017  
Date de l'examen : 05-09-2020

Saisie le 05-09-2020 09:13

**Mr My Tahar AZZOUZI EL IDRISI**  
Réf : 200905A009  
Prescription : ABDELMOURHIT SEMMAR

## BIOCHIMIE SANGUINE

<b>Vitamine B12<sup>(1)</sup></b> (Dosage CMIA Abbott)	320 pg/ml	(190–950)
<b>25-OH-Vitamine D (D2+D3)</b> (Dosage ELISA sur ELECSYS 2010 Roche)	12.2 ng/ml 30.5 nmol/l	(30.0–80.0) (75.0–200.0)

(1) Labo. exécutant : UNITE DE BIOLOGIE SPECIALISEE – ()

  
**LABO SOCRATE**  
 مختبر التحاليل الطبية سocrate  
 Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca  
 Tél. 0522 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 08  
 Email : labo.socrate@menara.ma

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

**مختبر التحاليل الطبية سocrate**  
laboratoire de biologie médicale Socrate

Page 1 sur 1