

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-598466

56030

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1263-1

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAOUTINA Nissrine

Date de naissance : 20/09/1987

Adresse : Hay EL Aroujine Rue Taha abad N°5 Temara

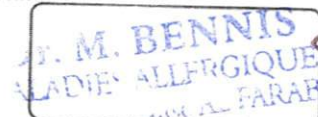
Tél : 0676319755

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/12/2020

Nom et prénom du malade : Nissrine

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 2ème

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 : 23/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[Stamp: M. BENNIS, Allergique]

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
				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
9.3.12	2m 2ss	C2	2m	<i>[Signature]</i>
		2 m	8 ss	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>50 à 100 mg</p> <p>PHARMACIE MOUKRIM</p> <p>30 - Mandarine Am Chock</p> <p>22 21 22 - Casablanca</p>	23/12/20	744,00 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

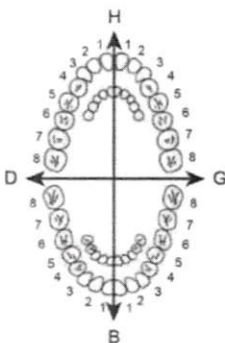
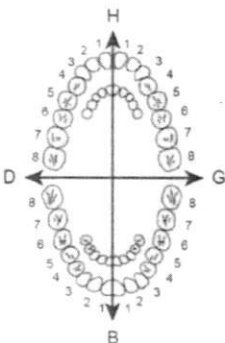
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COMPTE RENDU

M., Mlle, Mme NISSRINE LAOUINA

Né(e) le : 19/09/1987

A subi par nos soins le : 23/12/2020

Un bilan allergologique (Prick Test) cotant 3K15 pour : RHINITE

RESULTATS :

Témoin négatif -	Dpteronysinus	+++	5 Graminées	Alternaria	Oeuf
Témoin positif +++	Dfarinae	+++	4 céréales	Aspérgillus	B Oeuf
Plumes	Blomia	+++	Olivier	Cladosparium	J Oeuf
Chat	Euroglyphus	++++	Cyprès	Pénicillium	Cacahuète
Chien	Blatte	++++	Paieétaire		Cacao
Cheval	Latex		Dactyle		

Observations :

ALLERGIE AUX CHAT, CHIEN, ACARIENS.

DR M.BENNIS


 DR. M. BENNIS
 CLINIQUE SPECIALISEE EL FARABI

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca, le 23 12 2020

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

صيدلية
PHARMACIE MOUKRIM
60, Rue 30 - Mandarena Ain Chock
Casablanca
Tél: 0522 21 39 75 - 39 75 - 39 75

Nissrine Lamina,

42,00 2-30-20

3 1/2 l matin 3
132,00 charges 100 x 2
17 - 55

صيدلية مكريم
PHARMACIE MOUKRIM
60, Rue 30 - Mandarena
Tél: 0522 21 39 75 - 39 75 - 39 75
RC: 281024 / Pat: 23467

210,00 x 2 1/2 l soir 2
17 - 55

75,00 x 2 1-2-1-2 2m



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 88 01 01
0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
codealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069

T 8 744,00 pu

DR. M. BENNIS
MALADIES ALLERGIQUES
CENTRE O.R.L. AL FARABI

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

NAZAIR® 50µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale
Propionate de fluticasone

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT :

Dénomination

NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale.

Forme pharmaceutique et présentations

Suspension pour pulvérisation nasale, boîte de 1 flacon pulvérisateur avec pompe doseuse assurant 100 doses de 50 µg.

Composition

Propionate de fluticasone (DCI) 50,30 µg

Équivalent en fluticasone 50 µg

Excipients : Dextrose anhydre, cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose sodium, chlorure de benzalkonium, polysorbate 80, alcool phényléthylrique, eau purifiée, q.s.p. une pulvérisation.

Classe pharmaco-thérapeutique

Glucocorticoïde par voie locale.

2. DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Indications :

Ce médicament contient un corticoïde. Il s'administre par voie nasale.

C'est un médicament anti-inflammatoire indiqué :

- en traitement de la rhinite allergique chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans et uniquement en traitement de la rhinite allergique saisonnière (rhume des foins) chez l'enfant de 4 à 12 ans.

- pour soulager les symptômes liés à la présence de polypes dans les fosses nasales chez l'adulte.

3. DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

Contre indications :

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

- allergie à l'un des composants,
- trouble de la coagulation sanguine avec en particulier saignements de nez,
- en cas d'infection herpétique nasale, buccale, orale ou oculaire.

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

Faites attention avec NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale.

Mises en garde spéciales :

En cas de surinfection (mouche purulente), de fièvre ou d'infection broncho-pulmonaire concomitante, **prévenir votre médecin.**

Ce produit n'est pas recommandé chez les patients ayant subi récemment une intervention chirurgicale ou un traumatisme au niveau du nez, tant que la guérison n'est pas complète.

Précautions d'emploi :

Ce médicament est un traitement régulier et continu. Son efficacité sur les symptômes ne peut apparaître que plusieurs jours après le début du traitement.

Pour que ce médicament soit actif, les fosses nasales doivent être libres.

Il convient par conséquent de se moucher avant l'instillation du produit.

Si l'obstruction nasale (sensation de nez bouché) persiste malgré la mise en route du traitement, consultez votre médecin afin qu'il réévalue le traitement.

En cas de traitement prolongé, un examen détaillé de la muqueuse nasale doit être réalisé.

Excipients à effet notoire : En raison de la présence de ce médicament peut provoquer une gêne respiratoire.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions

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

Sportifs

Attention cette spécialité contient un principe actif qui peut donner une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

Grossesse-allaitement :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse et l'allaitement que si le médecin l'a prescrit.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte ou que vous allaitez, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité d'arrêter le traitement. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

IL est peu probable que NAZAIR® 50µg/dose ait des effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

Posologie :

• Rhinite allergique :

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 200 µg par jour, 1 fois par jour le matin.

La posologie maximale est de 2 pulvérisations par jour.

Enfant de 4 à 12 ans : en traitement de la rhinite allergique : 100 µg par jour soit 1 pulvérisation par jour le matin.

La posologie maximale est de 1 pulvérisation par jour, 1 fois par jour le matin.

La mise en route et la durée du traitement sont à discuter avec votre médecin.

• Polyposse nasosinusienne :

Traitement d'attaque : 400 µg par jour, soit 2 fois par jour, matin et soir.

Une fois le contrôle des symptômes obtenu, traitement d'entretien : 200 µg par jour, soit 1 fois par jour, matin et soir.

Dans tous les cas il convient de toujours consulter votre médecin.

En cas de persistance des troubles ne pas arrêter le traitement.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER À VOS MÉDECINS.

MEDECIN.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie nasale.

• Mouchez-vous doucement pour assécher les fosses nasales.

• Agiter doucement le flacon.

• Retirez le capuchon protecteur de l'ap- plicateur.

• Bouchez une narine, penchez légèrement la tête en arrière, insérez doucement l'ap- plicateur dans la narine.

• Répétez l'opération pour l'autre narine.

• Essayez l'ap- plicateur nasal et remettez-le dans le flacon.

Lors de la toute première utilisation du produit, celui-ci depuis une semaine ou plus, amor- cez sur la collerette avec l'index et le majeur, la base du flacon. Pressez jusqu'à obtention d'une fine gouttelette.

Fréquence d'administration :

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER À VOS MÉDECINS.

MEDECIN.

Durée de traitement

NAZAIR® 50µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses



6 118001 101269

LOT: GA91194

PER: 11/2021

PPV: 75 DH 00

CIP
Etiquette

NAZAIR® 50µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Propionate de fluticasone

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination

NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale.

Forme pharmaceutique et présentations

Suspension pour pulvérisation nasale, boîte de 1 flacon pulvérisateur avec pompe doseuse assurant 100 doses de 50 µg.

Composition

Propionate de fluticasone (DCI) 50,30 µg

Equivalent en fluticasone 50 µg

Excipients : Dextrose anhydre, cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose sodium, chlorure de benzalkonium, polysorbate 80, alcool phényléthylique, eau purifiée, q.s.p. une pulvérisation.

Classe pharmaco-thérapeutique

Glucocorticoïde par voie locale.

2. DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Indications :

Ce médicament contient un corticoïde. Il s'administre par voie nasale.

C'est un médicament anti-inflammatoire indolore :

- en traitement de la rhinite allergique chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans et uniquement en traitement de la rhinite allergique saisonnière (rhume des foins) chez l'enfant de 4 à 12 ans.

- pour soulager les symptômes liés à la présence de polypes dans les fosses nasales chez l'adulte.

3. DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :

Contre indications :

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

- allergie à l'un des composants,
- trouble de la coagulation sanguine avec en particulier saignements de nez,
- en cas d'infection herpétique nasale, buccale, orale ou oculaire.

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

Faites attention avec NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale.

Mises en garde spéciales :

En cas de surinfection (mouchage purulent), de fièvre ou d'infection broncho-pulmonaire concomitante, **prévenir votre médecin.**

Ce produit n'est pas recommandé chez les patients ayant subi récemment une intervention chirurgicale ou un traumatisme au niveau du nez, tant que la guérison n'est pas complète.

Précautions d'emploi :

Ce médicament est un traitement régulier et continu. Son efficacité sur les symptômes ne peut apparaître que plusieurs jours après le début du traitement. Pour que ce médicament soit actif, les fosses nasales doivent être libres.

Il convient par conséquent de se moucher avant l'instillation du produit. Si l'obstruction nasale (sensation de nez bouché) persiste malgré la mise en route du traitement, consultez votre médecin afin qu'il réévalue le traitement.

En cas de traitement prolongé, un examen détaillé réalisé.

Excipients à effet notoire : En raison de la présence du médicament peut provoquer une gêne respiratoire. EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions

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

Sportifs

Attention cette spécialité contient un principe actif positif des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

Grossesse-allaitement :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur avis du médecin.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité d'arrêter le traitement. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

IL est peu probable que NAZAIR® 50µg/dose provoque des effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

Posologie :

• Rhinite allergique :

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 200 µg par jour, 1 fois par jour le matin.

La posologie maximale est de 2 pulvérisations par jour.

Enfant de 4 à 12 ans : en traitement de la rhinite allergique : 100 µg par jour soit 1 pulvérisation par jour.

La posologie maximale est de 1 pulvérisation par jour.

La mise en route et la durée du traitement sont à l'appréciation du médecin.

• Polyposse nasosinusienne :

Traitement d'attaque : 400 µg par jour, soit 2 pulvérisations par jour, 2 fois par jour, matin et soir.

Une fois le contrôle des symptômes obtenu, traitement d'entretien : 200 µg par jour, soit 1 pulvérisation par jour, 1 fois par jour le matin.

Dans tous les cas il convient de toujours consulter votre médecin.

En cas de persistance des troubles ne pas arrêter le traitement.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER A LA POSOLOGIE RECOMMANDEE.

Mode et voie d'administration :

Voie nasale.

- Mouchez-vous doucement pour assécher les fosses nasales.
- Agitez doucement le flacon.
- Retirez le capuchon protecteur de l'applicateur.

• Bouché une narine, penchez légèrement la tête en avant ; insérez doucement l'applicateur nasal de haut en bas sur la collerette pour libérer la narine avant de répéter l'opération pour une autre narine.

• Répétez l'opération pour l'autre narine.

• Essuyez l'applicateur nasal et remettez-le en place.

Lors de la toute première utilisation du produit, celui-ci depuis une semaine ou plus, amorcez sur la collerette avec l'index et le majeur, la bague du flacon. Pressez jusqu'à obtention d'une fine gouttelette.

FRÉQUENCE D'ADMINISTRATION :

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER A LA POSOLOGIE RECOMMANDEE.

NAZAIR® 50µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses



6 118001 101269

LOT: GA91194

PER: 11/2021

PPV: 75 DH 00



Si le pulvérisateur est bouché, le retirer et le nettoyer.

PREDNI® 20 COOPER

Comprimés effervescents sécables - Boîte de 20.
Prednisolone

Veuillez 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 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.

1. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Principe actif:

Prednisolone 20,00 mg
(Sous forme de métsulfobenzate sodique de prednisolone : 31,44mg)

Excipients:

Bicarbonate de sodium, Acide tartrique, Citrate monosodique anhydre, Saccharine sodique, Lactose monohydraté, Benzoate de sodium, Arôme orange-pamplemousse q.s.p. un comprimé effervescent sécable.

* Composition de l'arôme orange-pamplemousse : Huile essentielle d'orange, huile essentielle de pamplemousse, jus concentré d'orange, aldéhyde acétique, butyrate d'éthyle, citral, aldéhyde C6, linalol, terpinéol, acétate d'éthyle, maltodextrine, gomme arabique, sorbitol.

Excipients à effet notoire : Sodium, Sorbitol et Lactose.

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

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : H02AB06

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

(H. Hormones non sexuelles).

Ce médicament est un corticoïde (également appelé anti-inflammatoire stéroïdien).

3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

Ce médicament est utilisé dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections inflammatoires ou allergiques.

A fortes doses, ce médicament diminue les réactions immunitaires et est donc également utilisé pour prévenir ou traiter le rejet des greffes d'organes.

4. POSOLOGIE

Posologie

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée. Elle est strictement individuelle.

Le dosage de PREDNI® 20 COOPER est adapté si vous débutez un traitement ou si vous devez prendre un traitement sur une courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes.

Si vous devez prendre des doses inférieures plus appropriées.

Mode et voie d'administration

Ce médicament est utilisé par voie orale. Vous devez dissoudre l' comprimé dans un verre d'eau. Vous devez dissoudre l' comprimé dans un verre d'eau. Vous devez dissoudre l' comprimé dans un verre d'eau.

Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin. Il est très important de ne pas le modifier, ni d'arrêter le traitement sans l'avis de votre médecin.

Déclaration des effets secondaires

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.

7. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

Avertissements et précautions

Ce médicament doit être pris sous une stricte surveillance médicale.

Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 10 kg et par conséquent chez les prématurés et les nouveau-nés à terme. Cependant, chez les nourrissons prématurés traités par d'autres médicaments de la même classe, une échographie cardiaque doit être effectuée pour surveiller la structure et la fonction du muscle cardiaque.

Avant le traitement, prévenez votre médecin :

- Si vous avez été vacciné récemment,
- Si vous avez eu ou avez un ulcère digestif, une maladie du gros intestin, ou si vous avez été opéré récemment pour un problème d'intestin,
- Si vous avez du diabète (taux de sucre trop élevé dans le sang), ou une tension artérielle élevée,
- Si vous avez une infection (notamment si vous avez eu la tuberculose),
- Si vos reins ou votre foie ne fonctionnent pas correctement,
- Si vous souffrez d'ostéoporose (maladie des os avec une fragilité des os) et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire),
- Si vous souffrez de sclérodémie (également connue sous le nom de sclérose systémique, un trouble auto-immun), car des doses journalières de 15 mg ou plus peuvent augmenter le risque de développer une complication grave appelée crise rénale sclérodémique. Les signes d'une crise rénale sclérodémique sont, entre autres, une augmentation de la pression sanguine et une diminution de la production d'urine. Votre médecin peut vous conseiller de faire contrôler régulièrement votre pression sanguine et votre urine,
- Si vous avez séjourné dans les régions tropicales, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

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

• L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).

• L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

• Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

Pendant et après le traitement :

• Prévenez immédiatement votre médecin si vous ressentez des douleurs au niveau des tendons (reconnaissables par des douleurs lors de mouvements). En effet, ce médicament peut favoriser l'apparition d'une atteinte des tendons voire de manière exceptionnelle d'une rupture des tendons.

• Ce médicament peut également entraîner la survenue de crises liées à la présence de phéochromocytome (tumeur des glandes surrénales) et pouvant mettre votre vie en danger.

• Évitez le contact avec les personnes atteintes de la varicelle ou de la rougeole.

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.

INTERACTIONS

Prévenez votre médecin si vous prenez d'autres médicaments.

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

PREDNI® 20mg

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 081753

Flowair® 10 mg
Comprimés pelliculés
DCI : Montélukast Sodique

Flowair® 10 mg

Montélukast sodique
30 Comprimés pelliculés



6 118001 272631

PPV : 210,00 DH



Lot N° : 191648
Fab : 06/2019
Per : 06/2022

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 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 à votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE FLOWAIR®, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :

FLOWAIR® est un antagoniste des récepteurs des leucotriènes qui bloque l'activité de substances appelées leucotriènes. Les leucotriènes provoquent un rétrécissement et un œdème des voies aériennes dans les poumons. En bloquant les leucotriènes, FLOWAIR® améliore les symptômes de l'asthme et contribue au contrôle de l'asthme. Code ATC : R03DC03.

Indications thérapeutiques :

Votre médecin vous a prescrit FLOWAIR® pour le traitement de votre asthme, pour prévenir les symptômes d'asthme pendant le jour et la nuit.

• FLOWAIR® est indiqué en traitement additif chez les patients présentant un asthme persistant léger à modéré insuffisamment contrôlé par corticothérapie inhalée et chez qui les bêta-2-mimétiques à action immédiate et de courte durée administrés « à la demande » n'apportent pas un contrôle clinique suffisant de l'asthme.

Pour ces mêmes patients, chez qui FLOWAIR® est indiqué pour l'asthme, FLOWAIR® peut en même temps apporter un soulagement symptomatique de la rhinite allergique saisonnière • FLOWAIR® est également indiqué en traitement préventif de l'asthme induit par l'effort.

Qu'est-ce que l'asthme ?

Flowair® 10 mg
Comprimés pelliculés
DCI : Montélukast Sodique

PPV : 210,00 DH



Flowair® 10 mg

Montélukast sodique
30 Comprimés pelliculés



6 118001 272631

Lot N° : 191648
Fab : 06/2019
Per : 06/2022

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 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 à votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE FLOWAIR®, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :

FLOWAIR® est un antagoniste des récepteurs des leucotriènes qui bloque l'activité de substances appelées leucotriènes. Les leucotriènes provoquent un rétrécissement et un œdème des voies aériennes dans les poumons. En bloquant les leucotriènes, **FLOWAIR®** améliore les symptômes de l'asthme et contribue au contrôle de l'asthme. Code ATC : R03DC03.

Indications thérapeutiques :

Votre médecin vous a prescrit **FLOWAIR®** pour le traitement de votre asthme, pour prévenir les symptômes d'asthme pendant le jour et la nuit.

- **FLOWAIR®** est indiqué en traitement additif chez les patients présentant un asthme persistant léger à modéré insuffisamment contrôlé par corticothérapie inhalée et chez qui les bêta-2-mimétiques à action immédiate et de courte durée administrés « à la demande » n'apportent pas un contrôle clinique suffisant de l'asthme. Pour ces mêmes patients, chez qui **FLOWAIR®** est indiqué pour l'asthme, **FLOWAIR®** peut en même temps apporter un soulagement symptomatique de la rhinite allergique saisonnière • **FLOWAIR®** est également indiqué en traitement préventif de l'asthme induit par l'effort.

Qu'est-ce que l'asthme ?

