

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



MUPRAS

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

Declaration de Maladie

N° W21-729943

145993

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7463 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL QASMI MOULAY EL HASSAN

Date de naissance : 23-11-65

Adresse : LOT IBN KHALDOUN - RES LAYMOUNI
N. 8 - CASA -

Tél. : 0660212015 Total des frais engagés : 907,40 DH Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/10/2023

Nom et prénom du malade : EL QASMI MOULAY EL HASSAN

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : N. e. B.

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 : 19/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
19/01/23		1		INP : 091113869 Abdelhak BOUDEN Dentiste Tél: 05 22 93 67 45 Fax: 05 22 93 67 45 ICE: 001551566000076 - IF: 40155338

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILITA Voie d'Aménagement H.H 47 Hay Layaune - Hay Hassani Tél: 05 22 93 66 64 - Fax: 05 22 93 67 45 ICE: 001551566000076 - IF: 40155338	19.01.23	307.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 colspan="2">D</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		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور عبد الحق مودن
Docteur Abdelhak Mouden
spécialiste en :



Médecine Physique - Ostéopathie.
Podologie - Mésothérapie.
Traumatologie du Sport
Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Membre de la Société Française d'Ostéopathie

119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97
E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com
Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoun - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

19/01/2022

27.40 + 28.80 x 2 = 27.40 + 57.60 = 85.00
22.20 + 12.80 = 35.00
307.40

① Dolicox 120mg 14j
② Voltaren 20 20j - 20-2
③ Codalif 19j - 1 cp x 4h -
④ IPRazol 20 28j - 1/2

DR. Abdelhak MOUDEN
Médecine Physique - Ostéopathie
Podologie - Mésothérapie
Pharmacie : 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97
Tél: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97
Fax: 05 22 20 94 44



الدكتور عبد الحق مودن
Docteur Abdelhak Mouden
spécialiste en :



Médecine Physique - Ostéopathie.
Podologie - Mésothérapie.
Traumatologie du Sport
Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Membre de la Société Française d'Ostéopathie

119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

19/01/2023

M EL QASMI Ty EL UASSTAN

A FRACTURE

• Satelfe gel
NCS db

→ Consultation spécialisée = 300

→ K152 = 300

Total = 600 dh.

Si 2 cents dh

Dr. Abdelhak MOUDEN
Médecine Physique - Ostéopathie
119, Bd de Bourgogne - Résidence Phénicia - Casablanca
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97
Fax: 05 22 20 94 44

Codoliprane®

PAR

Codoliprane® ○

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeïne 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES

IDE
CON
Para
Phos
(Qua
Exc



6 118000 040217

FO
Comprimé sécable - boîte de 16.

PPV: 22DH20

PER: 12/24

LOT: L4068



CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



Prazol[®] 20_{ma}

PPV : 52DH80
PER : 12/24
LOT : L2489-2



ent.
ons
d'un
able
en.

COM.

Prazol[®] 20 mg :

Oméprazole (DCI).....20 mg

Excipients qsp.....1 gélule

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.

- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :



DOLICOX®

60 mg

90 mg

120 mg

PPV: 87DH40

PER: 07/25

LOT: L2577-2



- 60mg comprimé pelliculé : Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise : 60 mg
Etoricoxib
90mg comprimé pelliculé : Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise : 90 mg
Etoricoxib
120mg comprimé pelliculé : Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise : 120 mg
Etoricoxib

Excipient à effet notoire : Lactose monohydrate.

Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :

DOLICOX® 60 mg 90mg et 120mg, comprimé pelliculé est l'un des médicaments de la classe des inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2).

La classe pharmacothérapeutique : anti-inflammatoires anti-rhumatismaux, non stéroïdiens, coxibs.

Indications thérapeutiques :

DOLICOX® 60mg, comprimé pelliculé contribue à réduire la douleur et le gonflement (inflammation) des articulations et des muscles chez les patients atteints d'arthrose.

DOLICOX® 90mg, comprimé pelliculé contribue à réduire la douleur et le gonflement (inflammation) des articulations et des muscles chez les patients atteints de polyarthrite

rhumatoïde et de spondylarthrite ankylosante.

DOLICOX® 90mg, comprimé pelliculé est également utilisé pour le traitement de courte

durée de la douleur modérée après chirurgie dentaire.

DOLICOX® 120 mg, comprimé pelliculé contribue à réduire la douleur et le gonflement

(inflammation) des articulations et des muscles chez les patients atteints de goutte.

Posologie

Les comprimés pelliculés DOLICOX® 60mg, 90mg & 120mg, ne doivent être pris ni par les

enfants, ni par les adolescents de moins de 16 ans.

Ne pas dépasser la dose recommandée pour le traitement de votre maladie. Il est important

d'utiliser la dose la plus faible qui soulage votre douleur et de ne pas prendre DOLICOX®

60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé plus longtemps que prescrit.

Arthrose

La dose recommandée est de 30 mg une fois par jour, augmentée à 60 mg maximum une

fois par jour si nécessaire.

Patients avec problèmes hépatiques.

Polyarthrite rhumatoïde

La dose recommandée est de 90 mg une fois par jour.

Douleur aiguë

L'etoricoxib ne doit être utilisé que pendant la période de douleur aiguë

Douleur post-opératoire après chirurgie dentaire

La dose recommandée est de 90 mg une fois par jour, traitement limité à 3 jours au

maximum.

Patients avec problèmes hépatiques

Goutte

La dose recommandée est de 120 mg une fois par jour qui ne doit être utilisée que pendant

la période aiguë de la douleur, limitée à 8 jours au maximum.

Patients avec problèmes hépatiques

En cas d'insuffisance hépatique légère (maladie du foie), vous ne devez pas prendre plus

de 60 mg par jour.

Si vous avez une forme modérée d'insuffisance hépatique, la dose maximale recommandée

est de 60 mg un jour sur deux, ou de 30 mg par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Le ou les comprimés pelliculés DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, doivent être avalés en

une prise par jour. DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé peut être pris

au cours ou en dehors des repas.

Durée du traitement

Ne prenez jamais DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé dans les cas

suivants :

- Allergie (hypersensibilité) à l'etoricoxib ou à l'un des autres composants contenus dans

DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé,

- Allergie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), y compris l'aspirine et les

inhibiteurs sélectifs de la COX-2,

- Ulcère de l'estomac, évolutif ou saignement gastro-intestinal,

- Maladie grave du foie,

- Maladie grave des reins,

- Grossesse et allaitement ou prévision de grossesse (voir Rubrique « Grossesse et

allaitement »),

- Enfants et adolescents de moins de 16 ans,

- Maladie inflammatoire de l'intestin, telle que

ou colite,

- Diagnostic de maladie cardiaque à type de

artérite, de crise

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

ou de crise d'angor

VITANEVRIL FORT 100 mg,

ANEVRIL® FORT 100 mg ☒

3 comprimés pelliculés



118000 180593

25x34x79

3

marquez un
pariez-en à votre

marquez un
pariez-en à votre
médicament

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s)
Composition quantitative en excipients

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

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

Antisthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs, association avec les autres vitamines du groupe B, 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 toxicalemente.
- proposé, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.
- utilisé, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

5. POSOLOGIE

Mode et voies d'administration ;

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

6. CONTRE-INDICATIONS

ATTENTION !
DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT
DANS QUEL(S) CAS NE PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :
Ce médicament ne doit pas être utilisé 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.
N'HESTIEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT.

SEES EN GAF DE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES

APLOI
aison de la pr... serce du saccharose et du L... rate, ce
icament est... ontri indiqué en cas d'intér... de
drome de mal... sorption du glucose et du... en
rase-somalt...
CAS DE DO... TE. NE PAS HES...
TRE MEDEC... OUDE VOTRE
CIPIENTS A EFFET NOT...
ocharose et L...
ions-en à vot...
CAS DE DO...
OTRE MEDEC...
PPV
LOT
PER

INTERACTIONS

Interactions av...
Interactions av... les...
Interactions avec les...
alternatives.
LFIN D'EVITER D'EVENTUEL...
MEDICAMENTS IL FAUT SIGN...
AUTRE TRAITEMENT EN COUR...
PHARMACIEN.

10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSE

Par mesure de précaution, il est préfé...
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

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

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

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 Ibrou Al Aouam
- Riches Noires
- 20300 Casablanca,
- Maroc

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

