

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0001383

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2361 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSSAOUI Mourad

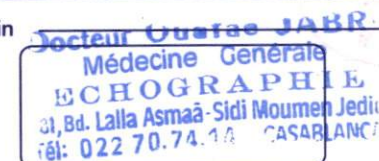
Date de naissance : 08-06-53

Adresse : 79 Bd ZERHOUNI - Casablanca

Tél. : 0676 35 97 97 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/2023

Nom et prénom du malade : MOUSSAOUI Mourad

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

Nature de la maladie : Affection Digestive

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

- ☐ 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
25/01/23		2	159,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/01/23	232,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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

Docteur Ouafâe JABRI

MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE

281, Boulevard Lalla Asmaâ

Sidi Moumen Jedid

CASABLANCA

(Au dessus Pharmacie As-Sabah)

Tél: 05 22 70 74 14



الدكتورة وفاء الجابري

الطب العام  
الفحص بالصدى

281، شارع للأسماء

سيدي مومن الجديد، الدار البيضاء

(فوق صيدلية الصباح)

الهاتف: 05 22 70 74 14

Casablanca, le:

25/11/23

في الدار البيضاء،

Mr MOUSSAOUI Mourad



092039536

72.80

1<sup>o</sup> Antimétil



Syr 3/jour  
Amp

27.50

2<sup>o</sup> Spanten cy



Syr 2-3/jour

25.10 x 2

3<sup>o</sup> Flagyl 250 (n° 2)



2cp 2/jour

14.80 x 2  
4/1 Rem-fast my 1 = (n=2)

53.00

Don 11 x 2/100

S.V

5/ Daktarin Gel buccal

Don 11 x 2/100

S.V

232.50

Docteur Ouassé JABR  
Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE  
Cl. Bd. Lalla Asmaa - Sidi Moumen Jedd  
St. 022 70 70 70

صيدلية لاموريسيير  
Majdouline BENMOUSSA  
33, Rue Taraboule (Ex. Lamoricière)  
Tél: 022 27 94 56-CASA  
Pat: 34203201  
PHARMACIE LAMORICIERE



092039536



# Daktarin® 2 %, gel buccal

Miconazole

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

- 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, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DAKTARIN 2 %, gel buccal et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DAKTARIN 2 %, gel buccal ?
3. Comment prendre DAKTARIN 2 %, gel buccal ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DAKTARIN 2 %, gel buccal ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. QU'EST-CE QUE DAKTARIN 2 %, GEL BUCCAL ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : A01AB09

Il s'agit d'un anti-infectieux pour traitement oral local. Ce médicament est indiqué dans le traitement des mycoses de la cavité buccale, chez l'adulte et chez les enfants âgés de 4 mois et plus (voir la rubrique « Avertissements et précautions »).

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DAKTARIN 2 %, GEL BUCCAL ?

### N'utilisez jamais DAKTARIN 2 %, gel buccal :

- si vous êtes allergique au miconazole, à d'autres médicaments antifongiques similaires ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- chez les nourrissons âgés de moins de 4 mois ou chez les enfants pour qui le réflexe de déglutition n'est pas encore suffisamment développé à cause du risque de suffocation.
- en cas d'insuffisance hépatique (défaillance

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal 40g  
P.P.V. : 53,00 DH

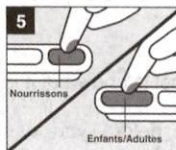


**Nourrissons :**  
remplir la cavité de mesure de **1,25 mL** jusqu'au bord supérieur.

**Enfants :**  
remplir la cavité de mesure de **2,5 mL** jusqu'au bord supérieur.

**Adultes :**  
remplir **deux fois** la cavité de mesure de **2,5 mL** jusqu'au bord supérieur pour obtenir la dose de **5 mL**.

## • Etape 5 : Prélever de petites portions de gel



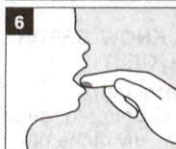
Prélevez une **petite portion** du gel de la cavité de mesure.

Le dispositif de mesure **ne doit pas** être placé dans la bouche pour appliquer le gel.

## • Etape 6 : Appliquer le gel

**⚠ En raison du risque de suffocation chez les nourrissons (âgés de 4 à 24 mois)**

- Le gel ne doit **pas** être appliqué au fond de la gorge.
- Le gel doit être appliqué avec précaution en **petites portions** afin de ne pas obstruer la gorge.
- Observez le nourrisson afin de vous assurer qu'il ne s'étouffe pas (voir « Avertissements et précautions »).



Appliquez le gel sur les lésions à traiter avec le bout du doigt, conformément aux conseils de votre médecin ou pharmacien.

**Ne pas avaler** le gel immédiatement. Le gel doit être gardé dans la bouche aussi longtemps que possible, **au moins 2 ou 3 minutes**, avant d'être avalé.

- **Chez les nourrissons et les enfants :** répétez les **étapes 5 et 6** jusqu'à avoir appliqué l'intégralité de la dose prescrite.
- **Chez l'adulte :** répétez les **étapes 4 à 6** afin d'appliquer l'intégralité de la dose prescrite.

• Etape 7 : Lavez-vous les mains

# Antimetil®

## USE

**Do you sometimes feel too full or a bit queasy?**

**Antimetil®** is useful in case of retching due to diverse causes : overeating, disruption to usual diet habits (on holiday for example), pregnancy or stress...

**Antimetil®** helps to preserve your digestive well-being and to find the harmony again when you don't feel good.

**A little tip for you if you are going on holiday :** slip some **Antimetil®** into your bag before you go.

**The natural formula of Antimetil®**, which contains **ginger**, is suitable for adults and children.

## ACTION

A large number of trials, including some involving pregnant women, have helped to show **how reliable ginger** is.

## DIRECTION FOR USE

### Adults

**2** tablets,  
1 to 4 x / day.

### Pregnant women

**1** tablet,  
in the morning and at midday.  
(maximum 2 tablets)

### Children

**1** tablet,  
1 to 4 x / day.  
(maximum 4 tablets)

Swallow the tablets with water.

# Antimetil®

**Antimetil®** est à base d'extrait standardisé à 10% de **gingérols**, doué de propriétés qui stoppent les vomissements et préviennent le mal de transport.

**Antimetil®** est une réponse adaptée et spécifique sans effets indésirables garantissant une sécurité optimale pour les femmes enceintes.

**Antimetil®** est un antiémétique complet et efficace à action rapide dont l'efficacité est prouvée,

**Antimetil®** sous forme de petits comprimés faciles à avaler, convient aux adultes et aux enfants.

## MODE D'ACTION

De nombreuses études, réalisées entre autres auprès de femmes enceintes, ont permis de démontrer **la fiabilité du gingembre**.

## CONSEILS D'UTILISATION

### Adultes

**2** comprimés,  
1 à 4 x / jour.

### Femmes enceintes

**1** comprimé,  
matin et midi.  
(maximum 2 comprimés)

### Enfants

**1** comprimé,  
1 à 4 x / jour.  
(maximum 4 comprimés)

Avaler les comprimés avec un verre d'eau.

**Ginger** is very effective, **without causing negative effects**.

**Antimetil®** contains an extract of **ginger** which is **10 times more concentrated** than a traditional ginger powder.

## INGREDIENTS PER TABLET

Bulking agent : microcrystalline cellulose  
- **Standardised dry extract of ginger\***  
(*Zingiber officinale*) 50 mg- coating agents : hydroxypropylmethylcellulose, glycerol - anti-caking agents : silicon dioxide, talc, magnesium salts of fatty acids- color : titanium dioxide.

\* 10% gingerols : 50 mg of standardised extract equivalent to 500 mg of ginger powder.



TILMAN S.A. • Z.I. Sud 15 •  
B-5377 Baillonville  
• www.tilman.be

Importé et distribué par **ESNAPHARM 7**, rue  
Abdelmajid Benjelloun - Maarif extension  
Casablanca - Maroc

A consommer de préférence avant fin :

10/2025  
21J02

72.80 DH

**- Extrait sec de gingembre standardisé\***  
(*Zingiber officinale*) 50 mg - Agents  
d'enrobage : hydroxypropylmethylcellulose,  
glycérol - Agglomérants : dioxyde de  
silicium, talc, sels de magnésium d'acides  
gras - colorant : dioxyde de titane.

\* 10% de gingérols : 50 mg d'extrait  
standardisé équivalent à 500 mg de poudre  
de gingembre.



## سياسفون® 80 ملغ أقراص ملبسة

فلوروغلوسينول/ثلاثي مثيل فلوروغلوسينول

أو الصيدلي في حال تلقي أي علاج آخر.

### الحمل والرضاعة:

لا يجوز استخدام هذا الدواء أثناء الحمل إلا عند الضرورة.  
لا يوصى بإعطاء هذا الدواء للمرأة المرضعة.  
بشكل عام، ينبغي أثناء الحمل أو الارضاع دائما طلب رأي الطبيب أو الصيدلي قبل استخدام هذا الدواء.

### الجرعات وكيفية لاستعمال:

دائما تأخذ هذا الدواء تماما كما هو موضح في هذه النشرة أو حسب توجيهات الطبيب أو الصيدلي. تحقق مع طبيبك أو الصيدلي إذا كنت في شك.

لدى البالغين:

تناول قرصين لكل جرعة، ثلاث مرات في اليوم، مع فارق ساعتين بين الجرعات، لا تتجاوز 6 أقراص على مدار 24 ساعة.

الاستعمال لدى الأطفال

الأقراص غير مناسبة للأطفال دون سن 6 سنوات.

لدى الأطفال فوق 6 سنوات: 1 قرص لكل جرعة، مرتين في اليوم، مع فاصل زمني كحد الأدنى ساعتين بين كل جرعة، لا تتجاوز قرصين خلال 24 ساعة.

لدى الأطفال فوق 6 سنوات ، يجب التأكد من أن الأقراص يمكن ابتلاعها ولا سيتم استعمال شكل آخر.

عن طريق الفم.

يجب ابتلاع الأقراص مع كوب من الماء.

### التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة:

مثل كل مستحضر نشط، قد يؤدي تناول هذا الدواء لدى بعض الأشخاص إلى حدوث ردات فعل متفاوتة الازعاج:

• رد فعل جلدي مخاطي و/ارجي: طفح جلدي، ودمة كوينك، انخفاض الضغط الدموي، صدمة عوارية.

يجب ان تبلغ الطبيب أو الصيدلي في حال حدوث اية ردة فعل غير مرغوب فيها او مزعجة لم تذكر في هذه النشرة.

### شروط الاحتفاظ بالدواء:

بدون شروط خاصة للحفظ.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الاطفال

لا تستعمل سياسفون (م) بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العلبة.

تاريخ النشرة: يناير 2018

يرجى الاطلاع على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء.  
• احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.  
• في حالة الشك، استشر الطبيب أو الصيدلي.  
• لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له.

### التركيب:

#### المادة الفعالة هي:

فلوروغلوسينول مميه ..... 80.00 ملغ  
كمية تعادل من فلوروغلوسينول عديم الماء..... 62.233 ملغ  
ثلاثي مثيل فلوروغلوسينول..... 80.00 ملغ  
لكل قرص ملبس

المكونات الأخرى هي: لكتوز أحادي التمي، سكاروز، اسيتات بوليفينيل، نشاء القمح، حامض ستيريك، بوفيدون، صمغ عربي، تالك ، جيلاتين، ثاني أوكسيد التيتان (E171)، إريثروسين (E127)، شمع الخروب.

سواغات ذات تأثير معلوم: نشاء القمح، سكاروز، لكتوز

### الشكل والتقديم:

أقراص ملبسة، علبة تحتوي على 30 قرصا.

### النصف الصيدلي العلاجي:

مضاد للتشنج مخفف للتوتر العضلي  
(A الجهاز الهضمي و التحول الغذائي)  
(G الجهاز التناسلي - البولي)

### دواعي الاستعمال:

يوصف هذا الدواء لمعالجة الالام التشنجية في المعى و المسالك الصفراوية و المثانة و الرحم.

### نواهي الاستعمال:

لا تتناول أبدا سياسفون (م) أقراص ملبسة:  
• في حالة وجود حساسية تجاه احد مكوناته  
• في حال عدم تقبل او وجود حساسية تجاه الغلوتين، بسبب احتواء هذا الدواء على نشاء القمح (الغلوتين).  
في حالة الشك، لا تترددوا في طلب رأي الطبيب أو الصيدلي.

### تحذيرات واحتياطات الاستعمال:

#### تحذيرات خاصة:

بسبب احتوائه على السكاروز، يجب الا يستعمل هذا الدواء في حالة المعاناة من عدم تقبل للفروكتوز، من تناذر سوء امتصاص الجلوكوز و الفلاكتوز هو من نقص في السوكراز-ايزوماالتوز (أمراض تحول غذائي نادرة).

يحتوي هذا الدواء على اللاكتوز. يجب عليك عدم تناول هذا الدواء إذا كنت تعاني من مشاكل وراثية نادرة من عدم تحمل الجالاكتوز، دم جالاكتوزي خلقي، سوء امتصاص الجلوكوز و الجالاكتوز.  
يجب تفادي مزج الفلوروغلوسينول مع المسكنات مثل المرفين أو مشتقاته بسبب آثارها المشنجة.

### احتياطات الاستعمال:

• حالة الشك، لا تترددوا في طلب رأي الطبيب أو الصيدلي.

• الأدوية الأخرى:

عدة أدوية، يجب تلقائيا اشعار الطبيب

مصنع و موزع من قبل زينيث فارما  
96، المنطقة الصناعية تاسيلا إنزكان أكادير  
بترخيص من Acino France  
الدكتور م. البوحماي الصيدلي المسؤول



# Spasfon® 80 mg

## Comprimé enrobé

Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol

**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.

### COMPOSITION :

Phloroglucinol hydraté ..... 80.000 mg  
Quantité correspondant en Phloroglucinol anhydre ... 62,233 mg  
Triméthylphloroglucinol ..... 80 mg  
Pour un comprimé enrobé

**Les autres composants sont :** lactose monohydraté, saccharose, acétate de polyvinyle, amidon de blé, acide stéarique, stéarate de magnésium, talc, gomme arabique, gélatine, dioxyde de titane (E 171), érythrosine (E127), cire de carnauba.

**Excipients à effet notoire :** lactose, amidon de blé, saccharose

### FORME ET PRESENTATION :

Comprimé enrobé Boîte de 30

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

#### ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

(A : appareil digestif et métabolisme)

(G : système génito-urinaire)

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

### CONTRE-INDICATIONS :

**Ne prenez jamais Spasfon®, comprimé enrobé :**

- en cas d'allergie à l'un des composants,
- en cas d'intolérance ou d'allergie au gluten, en raison de présence d'amidon de blé (gluten).

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

### MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

#### Mises en garde

En raison de présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares). L'association de phloroglucinol avec des antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés doit être évitée en raison de leur effet spasmogène.

#### Précautions d'emploi

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

**MENTS :**  
un autre  
tenu sans  
ou à votre

27150



envisagée  
tre.  
déconseillée

n ou à votre  
médicament.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

**Spasfon®** est un traitement symptomatique. La durée du traitement est variable en fonction de l'indication. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin. Posologie

#### Chez l'adulte :

Prendre 2 comprimés par prise, trois fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 6 comprimés par 24 heures.

Les comprimés pourront prendre le relais d'un traitement d'attaque sous forme injectable, à la posologie maximale de 6 comprimés par 24 heures.

#### Utilisation chez les enfants

Cette présentation n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans.

Chez l'enfant de plus de 6 ans : 1 comprimé par prise, deux fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 2 comprimés par 24 heures.

Chez l'enfant de plus de 6 ans, il conviendra de s'assurer que les comprimés peuvent être avalés sinon une autre forme sera préférée.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec un verre d'eau.

### EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, **Spasfon®**, comprimé enrobé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet :

• Manifestations cutanéomuqueuses et allergiques : éruption, rarement urticaire, exceptionnellement œdème de Quincke, hypotension artérielle, choc anaphylactique.

**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.**

### CONDITIONS DE CONSERVATION :

Aucune condition particulière de conservation

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Ne pas utiliser **Spasfon®**, comprimé enrobé après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

Date de la notice : Janvier 2018

Fabriqué et distribué par Zenith pharma  
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane Agadir Maroc  
Sous licence Acino France  
Dr M.EL BOUHADI Pharmacien Responsable



**SANOFI** 

En cas de traitement prolongé, il est important de prévenir votre médecin en cas de survenue de troubles nerveux (fourmillements, difficulté à coordonner des mouvements, vertiges, convulsions).

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

**/ Interactions médicamenteuses et autres interactions :**

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, et notamment avec le disulfirame et l'alcool, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

La prise de ce médicament peut perturber les résultats de certains examens de laboratoire (recherche de tréponèmes); le métronidazole peut en effet faussement positiver un test de Widal.

**/ Grossesse et Allaitement :**

En cas de besoin, ce médicament peut être pris pendant la grossesse. Il convient cependant de demander l'avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Eviter l'allaitement pendant la prise de ce médicament.

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.

**/ Conducteurs et utilisateurs de machines**

L'attention est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions, attachés à l'emploi de ce médicament.

**/ Liste des excipients dont la connaissance est nécessaire pour une utilisation sans risque chez certains patients :**

Amidon de blé (gluten).

**2. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT**

**/ Posologie**

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de six ans. Chez l'enfant de moins de six ans, il existe des formes pharmaceutiques plus adaptées.

La posologie dépend de l'âge et de l'indication thérapeutique.

A titre indicatif, la posologie usuelle est:

- chez l'adulte : de 0,50 g/jour à 1,5 g/jour,
- chez l'enfant : 375 mg/jour à 20 - 40 mg/kg/jour.

Dans certains cas, votre partenaire doit être impérativement traité, qu'il présente ou non des signes cliniques.

**DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN**

# FLAGYL® 250 mg

Métronidazole

Comprimé pelliculé

FLAGYL 250 MG  
CP PEL B20

P.P.V : 25DH10



## 1. IDENTIFICATION

### a/ Dénomination

FLAGYL 250 mg, cc

### b/ Composition :

Métronidazole.....

Excipients : amidon de blé, polyvidone K30, stéarate de magnésium, hypromellose, polyoxyéthylèneglycol 20 000

Pour un comprimé pelliculé de 352,80 mg

### c/ Forme pharmaceutique et présentation :

Comprimé pelliculé sous plaquettes thermoformées, boîte de 20.

### d/ Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTIBIOTIQUES ANTIBACTERIENS ANTI-PARASITAIRES de la famille des nitro-5-imidazolés.

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

## 3. ATTENTION !

### a/ Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

Ce médicament ne doit jamais être utilisé dans les cas suivants :

- allergie aux médicaments de la famille des imidazolés (famille d'antibiotiques à laquelle appartient le métronidazole),
- intolérance ou allergie au gluten, en raison de la présence d'amidon de blé (gluten).

Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé en association avec le disulfirame ou l'alcool (boissons alcoolisées, médicaments contenant de l'alcool).

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

### b/ Mises en garde spéciales :

- La prise de boissons alcoolisées durant ce traitement est déconseillée en raison du risque de réactions à type de rougeur du visage, chaleur, vomissements, accélération du rythme cardiaque.
- Il convient d'interrompre le traitement et de consulter un médecin en cas d'apparition d'une mauvaise coordination des mouvements volontaires, apparition de vertiges ou de confusion.
- Attention à la prise de ce médicament si vous souffrez de troubles nerveux sévères, chroniques ou qui évoluent.
- La prise de ce comprimé est contre-indiquée chez l'enfant avant de 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

### c/ Précaution d'emploi :

- En cas d'antécédents de troubles sanguins, de traitement à forte dose et/ou de traitement prolongé, votre médecin peut être amené à contrôler régulièrement par des examens sanguins votre numération formule sanguine.



أخبر الطبيب أو الصيدلي عن أي تأثير غير مرغوب فيه ومزعج لم يذكر في هذه النشرة.

6. الحفظ

لا تتجاوز تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العلبة الخارجية.

7. تاريخ مراجعة النشرة

مارس 2010.

### نصائح/تربية صحية

"ما ينبغي معرفته حول المضادات الحيوية؟"

تتميز المضادات الحيوية بفعاليتها لمكافحة التعفنات الناجمة عن البكتيريا. لكنها غير فعالة ضد التعفنات الناتجة عن الفيروسات.

لذلك قرر طبيبك أن يصف لكم هذا المضاد الحيوي لأنه يناسب تماما حالتكم ومرضكم الحالي.

تتمكن البكتيريا من البقاء أو التكاثر رغم فعل هذا المضاد الحيوي. وتسمى هذه الظاهرة بالمقاومة، التي تبطل مفعول بعض المضادات الحيوية.

تزداد المقاومة بفعل الاستعمال المفرط أو غير الملائم للمضادات الحيوية.

قد تشجعون ظهور البكتيريا المقاومة وبالتالي تأخير شفائكم أو حتى إبطال مفعول هذا الدواء في حالة عدم احترام:

- الجرعة الواجب تناولها،
- أوقات الجرعة،
- مدة العلاج.

وكنتيجة لذلك، من أجل الحفاظ على فعالية هذا الدواء:

1. لا تستعملوا مضادا حيويا إلا إذا وصفه لكم الطبيب،
2. احترموا وصفة الطبيب احتراما تاما،
3. لا تستعملوا المضاد الحيوي مجددا دون وصفة طبية، حتى لو اعتقدتم مكافحة مرض مماثل في الأعراض.
4. لا تعطوا هذا المضاد الحيوي إلى أي شخص آخر، قد لا يكون مناسباً لمرضه.

5. عند الانتهاء من علاجكم، أرجعوا للصيدلي كافة العلب المفتوحة من أجل التخلص منها على الوجه الصحيح والملائم.

0

FLAGYL 250 MG  
CP PEL B20

P.P.V : 25DH10



بلع الأقراص مع الماء.  
ت. ثيرة وأوقات استعمال الدواء  
2 إلى 3 مرات في اليوم، حسب الاستعما  
ث. مدة العلاج

لكي يثبت هذا المضاد الحيوي فعالية  
بالجرعات الموصوفة، وإطالما ينصح به إل  
لا يعني اختفاء الحمى أو أحد الأعراض  
المحتمل بالتعب غير ناجم عن العلاج  
التعفن بذاته. ولن يكون لخفض العلاج أو توقيفه أي تأثير على هذا  
الشعور وسيؤخر شفائك.

حالات خاصة : تدوم مدة علاج داء الجيارديات (تعفن ناتج عن  
طفيلي) 5 أيام؛ تدوم مدة علاج داء الأميبية (تعفن ناتج عن طفيلي)  
وبعض التهابات المهبلية (إصابة في المهبل) 7 أيام؛ ومدة علاج  
المشعرة (تعفن ناتج عن طفيلي) 10 أيام.

ج. ما العمل في حالة جرعة مفرطة  
في حالة القيء، صعوبة في تنسيق الحركات، الارتباك، استشر الطبيب.  
قد يتعين عليه وصف علاج.

5. التأثيرات غير المرغوب فيها والمزعجة  
كمثل كافة الأدوية، قد يؤدي هذا الدواء لدى بعض الأشخاص إلى  
تأثيرات مزعجة شينا ما.  
أعراض هضمية :

- غثيان، قيء، تشنجات في المعدة، إسهال؛
- التهاب اللسان مع شعور بجفاف الفم، التهاب الفم، مذاق معدني في  
الفم، فقدان الشهية؛

- استثنائيا، حالة التهاب البنكرياس الذي يزول بعد إيقاف العلاج.

أعراض جلدية ومخاطية :

- هبات حرارية مع احمرار الوجه، حكة، طفح على الجلد مصحوب  
أحيانا بالحمى؛

- شرى (طفح جلدي يشبه لدغة نبتة القراص)، انتفاخ مفاجئ في  
الوجه والعنق ذات أصل تحسسي (وذمة كوينك)، استثنائيا صدمة ذات  
أصل تحسسي.

أعراض عصبية :

- آلام الرأس؛

- إصابة أعصاب الأطراف؛

- اختلاجات، دوار، سوء تنسيق الحركات الإرادية.

أعراض نفسية :

- ارتباك، هلوسة.

اضطرابات دموية :

- حالات جد نادرة لنسب منخفضة بشكل غير عادي للكريات البيضاء  
أو الصفيحات في الدم.

أعراض كبدية :

- حالات جد نادرة غير طبيعية وعكوسة للبيان الكبدي والتهاب الكبد  
الناتج عن انسداد المسالك الصفراوية.

أعراض أخرى :

- تلون البول بالبني المحمر ناتج عن الدواء.



médicaments pouvant provoquer des troubles du rythme cardiaque (vincamine, érythromycine IV, sultopride).

## POSOLOGIE



**Suppositoires** : 1 suppositoire matin et soir, de préférence après la selle.

**Pommade** : 2 ou 3 applications quotidiennes accompagnées d'un léger massage, en procédant de la manière suivante :

- 1 - Dévisser la canule équipée de son capuchon (fig.1)
- 2 - Retourner l'ensemble canule-capuchon et percer l'orifice du tube en vissant le capuchon (fig.2).
- 3 - Revisser la canule (fig.3).
- 4 - Oter le capuchon (fig.3).
- 5 - Après l'introduction de la canule dans le canal rectal, presser le tube.
- 6 - Après chaque usage, dévisser la canule qui doit être lavée à l'eau chaude à l'aide d'un savon et/ou d'un antiseptique.
- 7 - Revisser la canule munie de son capuchon.
- 8 - Tout est prêt pour l'application suivante qui sera réalisée comme il est indiqué aux paragraphes 4 et 5.

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

## AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MEDICAMENT

COMME TOUT AUTRE PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS; NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## CONDITION DE DELIVRANCE

CE MEDICAMENT EST INSCRIT AU TABLEAU A (LISTE I)

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT PRESCRIT DANS UNE SITUATION PRECISE

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.
- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MEDICAL.
- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

**Conserver les suppositoires à l'abri de la chaleur.**



# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

## COMPOSITION

**Pommade :** Chlorhydrate de ...  
Hydrocortisone ...  
Excipient .....

**Suppositoires :** Acétate d'hydrocortisone ...  
Esculose ...  
Benzocaïne ...  
Excipient .....

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association (pommade et suppositoires) et d'un anesthésique local.  
Ce médicament est préconisé dans ce traitement des hémorroïdes, en particulier de douleurs ou de démangeaisons, en phase aiguë.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :  
Allergies aux anesthésiques locaux.

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

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infections anales dues à des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, il ne doit être utilisé qu'après avis médical.  
Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée (maximum 7 jours). Si la douleur ne cède pas rapidement, consultez votre médecin.  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, ET EN PARTICULIER POUR L'UTILISATION DES SUPPOSITOIRES : certains



# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

## COMPOSITION

**Pommade :** Chlorhydrate de ...  
Hydrocortisone ...  
Excipient .....

**Suppositoires :** Acétate d'hydrocortisone ...  
Esculose ...  
Benzocaïne ...  
Excipient .....

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association (pommade et suppositoires) et d'un anesthésique local.  
Ce médicament est préconisé dans ce traitement des hémorroïdes, en particulier de douleurs ou de démangeaisons, en particulier.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :  
Allergies aux anesthésiques locaux.

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

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infections anales dues à des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, il ne doit être utilisé qu'après avis médical.  
Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée (maximum 7 jours). Si la douleur ne cède pas rapidement, consultez votre médecin.  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, ET EN PARTICULIER POUR L'UTILISATION DES SUPPOSITOIRES : certains