

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0058262

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2102

Société : Ram

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LAHOU KASSI Fouad

Date de naissance : 15/07/82

Adresse : 19, rue Lashen El Frijane Casablanca

Tél : 06 85 04 24 56 Total des frais engagés : 372,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Iham CHAH
Médecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdelham Khattabi
Casablanca - Tél: 05 22 28 34 32

Date de consultation : 26.05.2023

Nom et prénom du malade : KABBAS Seloua Age: 63 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affc Ro - ORC - myopie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca

Le : 26 / 05 / 23

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'ère à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26-05-2023 | 10 | 1 | 15081 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|--------|-----------------------|
| | 260523 | 222,70 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | H | | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham Chah

MEDICINE GENERALE

ECHOGRAPHIE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

KABBAS seloua

Ordonnance

Casablanca, Le 26/05/2023

- ① Neurologie 30,-
- ② Psychiatrie 60,-
- ③ Cardiologie 1500
- ④ Pneumologie 3500
- ⑤ Hépatologie 2300
- ⑥ Néphrologie 4900
- ⑦ Gastrologie 4900



3, Rue Abdesslam EL Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N°2 - Casablanca

الهاتف : 05 22 28 34 52 / المستعجلات : 06 61 46 84 49

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول, رقم 2 - الدار البيضاء

MYANTALGIC®

(Tramadol-Paracétamol)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESEN

- Comprimés pelliculés, boîte de 20
- Comprimés effervescents, boîte de 20

COMPOSITION

Comprimé pelliculé

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Tramadol chlorhydrate | 1 mg |
| Paracétamol | 325,00 mg |
| Excipient q.s.p | 1 comprimé pelliculé |

Comprimé effervescent

| | |
|-----------------------------|-------------------------|
| Tramadol chlorhydrate | 37,50 mg |
| Paracétamol | 325,00 mg |
| Excipient q.s.p | 1 comprimé effervescent |

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antalgique de niveau II.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Douleurs modérées à intenses lorsque les antalgiques plus faibles ne sont pas suffisants.

Il est réservé à l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Hypersensibilité connue au tramadol, au paracétamol ou à l'un des excipients.
- Intoxication aiguë ou surdosage avec des produits déprimeurs du système nerveux central (alcool, hypnotiques, autres analgésiques centraux, opioïdes, psychotropes).
- Traitement simultané ou récent (arrêt de moins de 15 jours) par les IMAO.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/mn).
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Epilepsie non contrôlée par un traitement adapté.
- Grossesse et allaitement

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

- Ne pas dépasser la dose recommandée et ne pas utiliser d'autres médicaments contenant du paracétamol ou tramadol sans avis médical.
- Les patients ayant des antécédents d'épilepsie ou ceux qui sont susceptibles de présenter des convulsions ne devront être traités par l'association tramadol/paracétamol qu'en cas de nécessité absolue (risque de convulsion)
- Utiliser avec prudence chez les patients susceptibles de présenter une dépression respiratoire.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- IMAO
- Carbamazépine
- Agonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Autres dérivés morphiniques
- Benzodiazépines
- Barbituriques

- La prise d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

En raison de la présence de tramadol, ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00

EXP 09/2024

LOT 26053 3

دوسيفوكس

محلول طبيعي بدون مواد حافظة



محلول
عن طريق الفم

Deva
Pharmaceutique

الشكل والتقديم :

دوسيفوكس محلول للشراب - قارورة خنوي على 200 مل - قارورة خنوي على 125 مل

الخصائص :

يحتوي دوسيفوكس على مكونات طبيعية فعالة مستخلصة من صمغ النحل والزعرور والأرز الأوربي والخبازة البرية تساعد على إخراج البلغم المزكم في المجاري الهوائية وتهديتها في حالة إصابتها بالالتهاب كما تعمل على تقوية جهاز المناعة مما يضيئ ارتباطا شاملا على الجهاز التنفسي

دواعي الاستعمال :

- تراكم البلغم في المجاري التنفسية.
- التهاب الحنجرة
- السعال
- البحة

نصائح الاستعمال :

الكبار : ملعقة كبيرة 3 إلى 4 مرات في اليوم
الصغار : ملعقة صغيرة 2 إلى 4 مرات في اليوم
في جميع الحالات يجب احترام وصفة الطبيب ونصائح الصيدلي

إحتياطات الاستعمال :

لا ينصح باستعماله عند الأشخاص ذوي الحساسية لمستخلصات خلية النحل
لا ينصح باستعماله عند الحامل والرضعة والطفل الصغير
قد يحتوي المحلول على رواسب ناعمة عن طبيعة مكوناته دون المس بجودته أو فعاليته
يجب احترام الكمية الموصى بها
يحرك جيدا قبل الاستعمال
يحفظ في مكان بعيد عن الحرارة ويستهلك في مدة لا تتجاوز شهر بعد فتحه
يوضع بعيدا عن متناول الأطفال

التركيبية :

مستخلص من صمغ النحل والأعشاب (الزعرور والأرز الأوربي وخبازة البرية).



Sirop
Voie orale

Docivox

Sirop naturel sa

Deva
Pharmaceutique

FORMES ET PRESENTATIONS

Docivox sirop - Flacon 200 ml - Flacon 125 ml

PROPRIETES :

Docivox sirop naturel est à base d'extraits de plantes d'eucalyptus, du miel et de la propolis. Docivox sirop naturel en cas de toux et renforce les défenses naturelles de l'organisme conservateur.

UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées - Gorge irritée - Toux - Enrouement.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Adulte : une cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Enfant : une cuillère à café 2 à 4 fois par jour.

Dan tous les cas, se conformer à la prescription de votre médecin ou pharmacien.

Docivox sirop naturel est administré par voie orale.

Bien agiter le flacon avant chaque emploi.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants
- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.
- Le produit peut présenter un léger dépôt, des changements de couleur ou de goût qui sont attribuables aux caractères naturels des plantes; toutefois la qualité et l'efficacité du produit ne sont pas altérées.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 4 semaines.
- Tenir hors de la portée des enfants.

COMPOSITION :

Sirop de fructose; Arôme naturel de miel; Maltodextrine; Eau purifiée; Extrait de Propolis; Extrait aqueux de plantes obtenu à partir de feuille de Thym (Thymus vulgaris); Feuille de Mauve (Malva sylvestris); Extrait de Mélèze; Huile essentielle d'eucalyptus; Extrait de rocou; Caramel; Menthol; Acide citrique.
Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Autorisation du Ministère de la Santé n° : DA 20171612029DMP/20UCAv1

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول

Deva
Pharmaceutique

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

فيتا س 1000®

Vita C1000®

PPU
EXP 15DH60
LOT 11/2024
100611

تسمية الدواء

فيتا س 1000[®] ، اقراص فائرة ،
فيتا س 1000[®] ، اقراص فائرة ،
فيتا س 1000[®] بدون سكر ، اقراص

المرجو قراءة هذه النشرة بايمان قبل تناول الدواء
يجب عليكم دائما تناول هذا الدواء أثناء
أخذكم لهذا الدواء ، قد تحتاجون إلى مساعدة
استشرى مع صيدليكم للحصول على أية نصيحة أو معلومة.
إذا واجهتم أيًا من الأعراض غير مرغوب فيها أو لاحظتم أيًا من الآثار السلبية لم يرد ذكرها في هذه النشرة ، أخبروا
طبيبكم أو صيدليكم.
يجب استشارة طبيبكم في حالة شعوركم بأذى أو تحسن أو في حالة شعوركم أكثر سوءا.

ماذا تتضمن هذه النشرة

- 1- ما هو فيتامين 1000[®] اقراص فائرة و فيتامين 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة وفيه أية حالة يستعملان ؟
- 2- ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال فيتامين 1000[®] اقراص فائرة و فيتامين 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة ؟
- 3- كيف يستعمل فيتامين 1000[®] اقراص فائرة و فيتامين 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة ؟
- 4- ما هي الآثار الجانبية غير المرغوب فيها المحتملة ؟
- 5- كيف يحفظ فيتامين 1000[®] اقراص فائرة و فيتامين 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة ؟
- 6- معلومات إضافية

1- ما هو فيتامين 1000[®] اقراص فائرة و فيتامين 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة وما هي الحالات التي يستعملان فيها ؟

الصنف الصيدلي - العلاجى أو نوع الفعالية

حمض الأسكوربيك (فيتامين س) غير مرتبط ، رمز التصنيف التشخيصي - العلاجى -
A11GA01 : الكيمائي

الاستعمالات العلاجية

يعتوي هذا الدواء على فيتامين س ،
يوصف هذا الدواء في حالة التعب العابر لدى البالغ والطفل ما فوق 15 سنة .
يجب استشارة طبيبكم إذا لم تتعزوا بأي تحسن أو إذا شعرت بتدهور حالتكم بعد شهر
من العلاج .

2- ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل تناول فيتامين 1000[®] اقراص فائرة و فيتامين 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة ؟

إذا أخبركم طبيبكم بعدم تحملكم لبعض السكريات ، فليكن استشارته قبل تناول فيتامين 1000[®] اقراص فائرة .

لا تتناولوا أبدا فيتامين 1000[®] اقراص فائرة و فيتامين 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة (موانع الاستعمال)

- إذا كنتم تاتون من حساسية (حساسية مفرطة) للمادة الفعالة أو لأحد المكونات الأخرى لهذا الدواء
- إذا كنتم مصابين بمرض بيلة الفينيل كيتون (مرض وراثي يتم الكشف عنه عند الولادة) ، و ذلك بسبب وجود الأسبارتام (فيتا س 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة)
- إذا كنتم تاتون من قصور كلوي حاد (تشلل شديد في وظائف الكلى)
- إذا كنتم تاتون من حساسية في الكلى أو سبق أن عانيت من ذلك
- إذا كنتم تاتون من حساسية الكالسيوم (حرق أو كدمات البول)
- إذا كنتم تاتون من حساسية الكالسيوم (حرق أو كدمات البول)
- إذا كنتم تاتون من حساسية الكالسيوم (حرق أو كدمات البول)

3- كونا حذرين عند تناول فيتامين 1000[®] اقراص فائرة و فيتامين 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة (تداخلات واحتياطات خاصة بالاستعمال)

استشرى مع طبيبكم أو صيدليكم قبل تناول فيتامين 1000[®] اقراص فائرة و فيتامين 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة .

- **فيتا س 1000[®] اقراص فائرة و فيتامين 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة**
- إذا ازداد التعب أو استمر بعد شهر واحد من العلاج أو إذا كان مصحوبا بأعراض غير عادية ، فاستشرى مع طبيبكم أو صيدليكم .
- نظرا لتأثيره التحفيزي نسبيا ، فمن المستحسن عدم تناول فيتامين س في آخر النهار .
- يجب الأخذ بعين الاعتبار كمية الفيتامينات والمعادن المستهلكة من مصادر أخرى ، مثل الأدوية ، والأطعمة المدعمة والمكملات الغذائية (خطر الجرعة الزائدة) .
- يزيد فيتامين س من امتصاص الحديد من قبل الجسم . إذا كنتم مصابين بداء ترسب الأصبغة الدموية (مرض وراثي يتميز بارتفاع نسبة الحديد) ، فاستشرى مع طبيبكم لأن استخدام هذا الدواء يجب أن يخضع لاحتياطات صارمة .
- ينبغي أن يستعمل فيتامين س بحذر في حالة نقص الجلوكوز - 6 - فوسفات نازع (مرض وراثي يصيب خلايا الدم الحمراء) ، لأن الجرعات العالية من فيتامين س (أكثر من 1 غرام يوميا) تزيد من خطر ظهور فقر الدم الانحلالي (تدمير خلايا الدم الحمراء) .
- قد يؤثر فيتامين س على نتائج بعض التحاليل البيولوجية ، بما في ذلك اختبارات مراقبة جلوكوز الدم والبول ، أخبروا طبيبكم إذا كنتم تعتزمون القيام بتحليل بيولوجية .

فيتا س 1000[®] اقراص فائرة

- يحتوي هذا الدواء على 307 ملغ من الصوديوم لكل قرص فائري . لذا يجب أخذ هذا بعين الاعتبار لدى المرضى الذين يراقبون استهلاكهم الغذائي من الصوديوم .
- نظرا لوجود السكر في هذا الدواء ، لا ينبغي استخدامه هذا الدواء لدى المرضى الذين لا يستطيعون تناول السكر .
- يجب الأخذ بعين الاعتبار أن فيتامين س يتداخل مع امتصاص الجلوكوز والجلاكتوز ، و الذين يعانون من نقص السكر / الإيزومالت (أمراض وراثية نادرة) .
- يحتوي هذا الدواء على 441.5 ملغ من الأسكوربيك لكل قرص فائري ، والتي يجب أخذها بعين الاعتبار في الحصة الغذائية اليومية في حالة اتباع نظام غذائي منخفض السكر أو إذا كنتم مصابين بداء السكري .
- يحتوي هذا الدواء على عامل تلوين أزويك (أصفر برتقالي E110 S) في صيبي حساسية .

فيتا س 1000[®] بدون سكر اقراص فائرة

- يحتوي هذا الدواء على 377.3 ملغ من الصوديوم لكل قرص فائري . لذا يجب أخذ هذا بعين الاعتبار لدى المرضى الذين يراقبون استهلاكهم الغذائي من الصوديوم .
- يحتوي هذا الدواء على 2.24 ملغ من الأسبارتام لكل قرص فائري . يحتوي الأسبارتام على مسهل للفينيل الأليلين . قد يشكل هذا الدواء خطرا على الأشخاص الذين يعانون من بيلة الفينيل كيتون ، وهو اضطراب وراثي نادر يتصف بتراكم الفينيل الأليلين والذي لا يمكن التخلص منه بشكل صحيح .
- يحتوي هذا الدواء على عامل تلوين أزويك (أصفر برتقالي E110 S) في صيبي حساسية .

الأطفال والمراهقون

لا شيء .

تتاول أدوية أخرى (تفاعلات مع أدوية أخرى)

أخبروا طبيبكم أو صيدليكم إذا كنتم تتناولون ، أو إذا تناولتم مؤخرا أو قد تتناولون أي أدوية أخرى .

يعتوي هذا الدواء على فيتامين س ، هناك أدوية أخرى أيضا تحتوي عليه . لا تتناولوا الأدوية التي تحتوي على فيتامين س معا حتى لا تتجاوزوا الجرعة القصوى الموصى بها .

المواد الغذائية والمشروبات (تفاعلات مع المواد الغذائية والمشروبات)

يجب أن تأخذوا بعين الاعتبار كمية الفيتامينات والمعادن التي تحتوي عليها الأطعمة المدعمة والمكملات الغذائية .

الاستعمال أثناء الحمل والرضاعة - الخصوبة

إذا كنتم حاملا أو مرضعة ، إذا كنتم تشكين في حمل أو تخططين له ، استشرى مع طبيبكم أو الصيدلي قبل تناول هذا الدواء .

الحمل

أجروا وقاتي من الأفضل تجنب استخدام فيتامين س أثناء الحمل .

الرضاعة

يعر فيتامين س في حليب الأم ، ليس هناك بيانات كافية عن تأثيرات فيتامين س لدى الأطفال حديثي الولادة / الرضعة . لذلك ، من الأفضل تجنب استخدام فيتامين س أثناء الرضاعة .

الخصوبة

لا توجد بيانات حول تأثيرات فيتامين س على الخصوبة البشرية .

التأثيرات على القدرة على السياقة أو استخدام الآلات

BRUFEN® 400mg Ibuprofène

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-les à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

I. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT :

FORME/PRÉSENTATION :

Comprimé pelliculé, boîte de 30.

COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE :

Ibuprofène Pour un comprimé

EXCIPIENTS : noyau : cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, lactose monohydraté, stéarate de calcium, laurilsulfate de sodium, stéarate de magnésium. Pelliculage : hypromellose, Talc, OPASPRAY blanc M-1-7111B (hypromellose, dioxyde de titane (E171)).

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE :

Anti-inflammatoires, antirhumatismaux, non stéroïdiens.

II. DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

INDICATIONS :

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : l'ibuprofène. Il est indiqué chez l'adulte (de plus de 15 ans) :

- En traitement de longue durée de :
 - certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
 - certaines arthroses sévères,
- En traitement de courte durée de :
 - certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinites, bursite, épaule douloureuse aiguë),
 - douleurs aiguës d'arthrose,
 - certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
 - douleurs lombaires aiguës
 - douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
 - douleurs et œdèmes liés à un traumatisme,
 - fièvre et/ou douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

III. QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE BRUFEN 400MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

CONTRE INDICATIONS :

Ne prenez jamais BRUFEN 400mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants :

- à partir du 6ème mois de grossesse,
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédents d'allergie aux autres constituants du comprimé,
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins,
- maladie grave du cœur,
- lupus érythémateux disséminé.

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

MISE EN GARDE SPECIALE :

A forte dose, supérieure à 1200 mg/jour, ce médicament possède des propriétés anti-inflammatoires et peut provoquer des inconvénients parfois graves qui sont ceux observés avec les médicaments anti-inflammatoires.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

AVANT D'UTILISER CE MÉDICAMENT, PREVEZ VOTRE MEDECIN EN CAS :

- d'antécédent d'Asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (cf contre-indications).
- de prise d'un traitement anticoagulant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastrointestinales graves.
- d'antécédents digestifs (hernie hiatale, hémorragies digestives, ulcères de l'estomac ou du duodénum anciens),
- de maladie du cœur, du foie ou du rein.

AU COURS DU TRAITEMENT, EN CAS :

- de troubles de la vue, PREVEZ VOTRE MEDECIN,
 - d'hémorragie gastro-intestinale (rejet du sang par la bouche, présence de sang dans les selles ou coloration des selles en noir)
- ARRÊTEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMÉDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.
- De signes évocateurs d'allergie à ce médicament, notamment crise d'asthme ou brusque gonflement du visage et du cou.
- ARRÊTEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMÉDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : l'ibuprofène.

Vous ne devez pas prendre en même temps que ce médicament d'autres médicaments contenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de l'aspirine.

Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer de l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou d'aspirine.

En raison de présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares)

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES :

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, notamment les anticoagulants oraux, les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, (y compris l'aspirine et ses dérivés à fortes doses), le lithium, le méthotrexate (à doses supérieures ou égales à 15 mg par semaine), IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MEDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Grossesse :

Au cours des 5 PREMIERS MOIS de votre grossesse, votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament.

À PARTIR DU 6ème MOIS DE GROSSESSE, vous ne devez EN AUCUN CAS prendre DE VOUS-MÊME ce médicament, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, notamment sur un plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela même avec une seule prise.

Il peut arriver toutefois, dans des cas très particuliers, que votre gynécologue vous prescrive ce médicament. Dans ce cas, respectez STRICTEMENT l'ordonnance de votre médecin.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Allaitement :

Ce médicament passe dans le lait maternel. Par mesure de précaution, il convient d'éviter de l'utiliser pendant l'allaitement. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINE :

Dans de rares cas, la prise de ce médicament peut entraîner des vertiges et des troubles de la vue.

LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE :

Lactose.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

POSOLOGIE :

Réservé à l'adulte (plus de 15 ans).

La posologie varie en fonction de l'indication :

| | Posologie usuelle | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| | Nombre de comprimés à 400mg par prise | Nombre de prises par jour |
| Affections rhumatismales | | |
| Traitement d'attaque | 2 | 3 |
| Traitement d'entretien | 1 | 3 à 4 |
| Règles douloureuses | 1 | 4 maximum |
| Autres douleurs et/ou fièvre | 1 | 3 maximum |

DANS TOUS LES CAS, CONFORMEZ-VOUS STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

نشرة المعلومات

د-كبير قوي 100 000 و حدة دولية،

محتول للشرب، علبة من 3 أمبولات.

كوليكالسيفيرونول (فيتامين D3).

PPV: 49,60 DH

LOT: 21H23

EXP: 08/2024

حتوي على معلومات مهمة.

في هذه النشرة أو حسب إرشادات الطبيب أو الصيدلي.

- إذا أحسستم بأي آثار جانبية أو إذا لاحظتم آثارا أخرى غير مدرجة في هذه النشرة، فتحدثوا إلى الطبيب أو الصيدلي.
- يجب الاتصال بالطبيب إذا لم تشعرُوا بأي تحسن يذكر.

محتويات النشرة :

1. ماهو د-كبير قوي ومتى يتم استعماله ؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال د-كبير قوي ؟
3. كيفية استعمال د-كبير قوي ؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟
5. كيفية حفظ د-كبير قوي
6. معلومات إضافية

1. ماهو د-كبير قوي ومتى يتم استعماله ؟

الصف الدواء العلاجي:

الفيتامينات.

دواعي الإستعمال :

يستعمل د-كبير قوي 100 000 وحدة دولية للعلاج الأولي لنقص الفيتامين (د)

2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال د-كبير قوي ؟

لا تستخدموا هذا الدواء:

- إذا كنتم تعانيون من الحساسية للكوليكالسيفيرونول أو لأي سواغ آخر من سواغات الدواء (انظر الفقرة 6)
- إذا كنتم تحت سن 18 سنة من العمر.
- إذا كان لديكم فرط كالسيوم الدم (زيادة الكالسيوم في الدم) و / أو
- إذا كان لديكم فرط كالسيوم البول (زيادة الكالسيوم في البول).
- إذا كنتم تعانيون من شبه قصور الغدة الجنب درقية (اضطراب في عملية استقلاب هرمون الغدة الجنب درقية)، لأن الحاجة للفيتامين (د) قد تنخفض خلال فترات الحساسية

الفيتامين (د)

HUMEX

RHUME

COMPRIMÉS et GÉLULES

Lisez attentivement

- Ce médicament

- La persistance

- Si vous avez besoin de plus d'informations

LOT: 21154 PER: 04/2024
PPV: 23.50 JH

COMPOSITION DU COMPRIMÉ (pour le jour) :

Pour un comprimé

Paracétamol 500,00 mg
Chlorhydrate de pseudoéphédrine 60,00 mg
Excipients : Cellulose microcristalline, Amidon pré-gélatinisé,
Croscarmellose sodique, Stéarate de magnésium,
Povidone K 30.

COMPOSITION DE LA GÉLULE (pour la nuit) :

Pour une gélule

Paracétamol 500,00 mg
Maléate de chlorphénamine 4,00 mg
Excipients : Talc, Croscarmellose sodique, Laurylsulfate
de sodium, Silice colloïdale anhydre.
Composition de l'enveloppe de la gélule : dioxyde de
titane, érythrosine, indigotine, gélatine.

FORME PHARMACEUTIQUE :

Comprimé et gélule.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTALGIQUE périphérique / ANTIPIRETIQUE
SYMPATHOMIMETIQUE / DECONGESTIONNANT NASAL

Par voie systémique

ANTIHISTAMINIQUE H1

(R : Système respiratoire)

(N : Système nerveux central)

DANS QUEL CAS POUVEZ-VOUS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament contient du paracétamol, de la pseudoéphédrine et la chlorphénamine.
Il est préconisé chez l'adulte (plus de 15 ans) comme traitement de courte durée au cours des rhumes avec maux de tête et / ou de fièvre, en cas de sensation de « nez bouché » et d'écoulement nasal clair.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE DEVEZ-VOUS PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant (moins de 16 ans).

VOUS NE DEVEZ PAS PRENDRE ce médicament :

- en cas d'allergie à l'un des constituants,
 - en cas de maladie grave du foie
 - en cas de maladie grave du cœur (hypertension artérielle sévère, angine de poitrine sévère),
 - en cas de risque de glaucome,
 - en cas de risque de rétention urinaire liée à des troubles uréthro-prostatique (difficulté à uriner),
 - en association avec l'iproniazide (IMAO non sélectif).
- Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin dans les cas suivants :

- en cas de traitement par la guanéthidine (antidépresseur),
- pendant la grossesse, en cas de détresse fœtale ou d'hypertension artérielle maternelle,
- pendant l'allaitement.

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

MISES EN GARDES SPÉCIALES

NE LAISSER PAS CE MÉDICAMENT À LA PORTÉE DES ENFANTS.

Interrompre le traitement en cas de sensation d'accélération du cœur, palpitations, nausées.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

En cas :

- d'écoulement nasal purulent,
- de persistance de la fièvre
- d'absence d'amélioration au bout de 4 jours de traitement, CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN.

Des précautions sont nécessaires :

- chez les personnes âgées
- en cas de maladie du cœur (notamment en cas d'angine de poitrine, hypertension artérielle) de maladie de la thyroïde (hyperthyroïdie), de maladie du foie, ou de maladie des reins, DEMANDEZ L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN AVANT DE PRENDRE CE MÉDICAMENT, afin qu'il adapte votre traitement.

En cas d'intervention chirurgicale prévue, il convient d'interrompre le traitement quelques jours auparavant de prévenir l'anesthésiste.