

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

- Reclamation : 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° W21-805433

164567

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2089 Société : par l'adhérent

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ADDOU M. LOUD

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél. : 06 8 73 91 797 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : /

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / Age : /

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

Nature de la maladie : /

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : /

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-805433

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : /

Nom de l'adhérent(e) : /

Total des frais engagés : /

Date de dépôt : / /



[illegible][illegible][illegible]

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

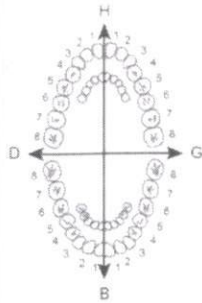
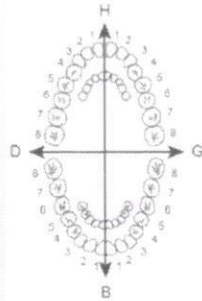
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F.

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr/> <p>D 00000000 00000000 G</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>{Création, remont, adjonction}</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			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

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

INP : [][][][][][][][]

11/11/2019

11/11/2016

11/11/2011

11/11/2016

11/11/2011

11/11/2011

11/11/2011

114

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Generales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou
 qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite de dimanche par le médecin au domicile du malade
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
 K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme
 et relevant de sa compétence
 SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
 AMM = Actes pratiqués par le masseur ou
 le kinésithérapeute
 AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
 AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
 AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
 R-Z = Electro - Radiologie
 B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

payé
 AEROPORT CASA ANFA
 CASABLANCA
 TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857/
 FAX : 91.26.52
 TELEX : 3998 MUT
 E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.c

FEUILLE DE SOINS 728678

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ADDOU MILEAD
 Matricule : 2089 Fonction : RETRAITE Poste :
 Adresse : BLOC 5 NR31 LAKHYAM 2 AGADIR
 Tél. : 0687391294 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
 du patient : ADDOU MILEAD Age
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
 Date de la première visite du médecin :
 Nature de la maladie : goutte (à l'orteil)
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
 A le 15 / MAI 2023
 Durée d'utilisation 3 mois
 Signature et cachet du médecin
 [Cachet: DR. DRUMA YOUSSEF, Orthopédiste, Agadir, Tél: 06 33 33 33 33 / 06 33 33 33 33, ICE: 002 33 33 33 33 33]

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
15/11/2023	C2		2500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMIB Dr. ASHRAF Ahmed 304, Rte. 2 Abou el Agadi Tel : 05 28 21 09 74	15.05.2023	551.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/11/2023		200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalé ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
				MONTANT DES SOINS																						
				DEBUT D'EXECUTION																						
				FIN D'EXECUTION																						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		MONTANT DES SOINS
		H																								
	25533412		21433552																							
	00000000		00000000																							
	D		G																							
	00000000		00000000																							
	35533411		11433553																							
		B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																						
				DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. DOUMA Younes

Argien d'orthopédiste Traumatologue

ômé de la faculté de Medecine de Casablanca
estation de Formation Spécialisée Faculté de Medecine
Marseille - France
throscope - Echographie de l'appareil locomoteur
icien Chirurgien des Hôpitaux Taroudant Agadir - Inzegane
irurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir



الدكتور دومة يونس

جراحة العظام والمفاصل

- ▣ دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- ▣ شهادة التكوين التخصص بجامعة مرسيليا - فرنسا
- ▣ الجراحية بالنظار - الفحص بالصدى
- ▣ جراح سابق بمستشفيات تارودانت أكادير وإنزكان
- ▣ جراح بمصحة الضمان الإجتماعي بأكادير

NOTE D'HONORAIRE

Agadir, le

15 MAI 2023

présenté à M: A.D. DOU MILAUD

la note d'honoraires s'élevant à la somme de: 250 DH CL

200 DH RA

TOTAL 450 DH

Signature et cachet:

Dr. DOUMA YOUNES
Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste
B21 rue Moukhoussana - Agadir
Tél: 0528233523 / 066183642
INP: 091037036
ICE: 002044535000061

رقم ٢١ عمارة الياسمين - ملتقى شارع التاومة وزينة القاضي عياض فوق بنك (BMCE) أكادير - الهاتف : 05 28 23 35 23 : للمحول : 51 36 42
doumayoun@gmail.com doumayoun@yahoo.fr : الإيصال

Imen, A Résidence Yasmine - Angle Av. Moukhoussana et Rue Oadi Ayad (au dessus de la Banque BMCE) Agadir
Tél: 05 28 23 35 23 : 5564 05 51 35 42 E-mail: doumayoun@yahoo.fr - doumayoun@gmail.com

Dr. DOUMA Younes

Chirurgien d'orthopédie Traumatologue

الدكتور دومة يونس

جراحة العظام والمفاصل



- Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca
- Attestation de Formation Spécialisée Faculté de Médecine de Marseille - France
- Arthroscopie - Echographie de l'appareil locomoteur
- Ancien Chirurgien des Hôpitaux Taroudant Agadir - Inzegane
- Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir

- دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- شهادة التكوين للتخصص بجامعة مرسيليا - فرنسا
- الجراحة بالمنظار - الفحص بالصدى
- جراح سابق بمستشفيات تارودانت أكادير وإنزكان
- جراح بمصحة الضمان الإجتماعي باكادير

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Agadir, le **15 MAT 2023**

Mr, Mme : **ADDOU Miloud**

Indication : **gros os tico du pied**

Resultat : **(1) os fémur se dirige**

- arthrose stade II avec ostéolyse
Sms circonscription à refaire

Dr. DOUMA YOUNES
Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste
B 21 Imm. Yasmine, Angle Av. Moukaouama et Rue Qadi Ayad
et 80, Moukaouama Agadir
Tél: 05 28 23 35 23 - 51 36 42
INP: 091037106
ICE: 002044535900061

Chirurgien d'orthopédiste Traumatologue

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Attestation de Formation Spécialisée Faculté de Médecine de Marseille - France
- Arthroscopie - Echographie de l'appareil locomoteur
- Ancien Chirurgien des Hôpitaux Taroudant Agadir - Inezgane



جراحة العظام والمفاصل

- دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
- شهادة التكوين للتخصص بجامعة مرسيليا - فرنسا
- الجراحة بالمنظار - الفحص بالصدى
- جراح سابق بمستشفيات تارودانت أكادير وإنزكان

Agadir, le :

Mr ou Mme :

PHARMACIE LAZIB
Dr. EL KHALIL Ahmed
304, Avenue Agadir
Tél : 05.28.22.09.74

S. V.

2/ April 2018

$\Delta \sigma_{ij} \propto 2 \left(\frac{\text{region covered}}{\text{cm}} \right)$

S. V.

2^a/ Also x 60 m

ref 504

Dalston

29 x 2/100

Folger Log.

(14)

аккумулятив

100 x 21

رقم 21 عهارة الباسمين - ملتقى شارع المقاومة ورنقة القاضي عياض فوق بنك (BMCE) - أكادير - الهاتف: 05.28.23.35.23 - المبحمول: 06.61.51.36.42

doumayoun@gmail.com - doumayoun@yahoo.fr : الأيعيل

N° 21, Imm. A Résidence Yassmine - Angle Av. Moukaouama et Rue Qadi Ayad (au dessus de la Banque BMCE) - Agadir

Tél.: 05.28.23.35.23 - GSM : 06.64.51.36.42 - E-mail : doumayoun@yahoo.fr - doumayoun@gmail.com

ARHUMATIZ

A base d'**Arnica Montana**, **Camphre**, **Menthol** et

Confort Articulaire & Confort Musculaire

LOT: CGY80

PER: 06/2025

PPC: 79,80 DHS



PROPRIETES :

- ARHUMATIZ Gel est un gel de massage qui détend et soulage les muscles.
- Formulé à base d'huiles essentielles, il permet un massage adéquat pour un maximum de confort articulaire.
- ARHUMATIZ Gel soulage immédiatement en réduisant les tensions articulaires.
- ARHUMATIZ Gel est utilisé en cas de stress musculaire, rééducation et massage chez le sportif.

MODE D'UTILISATION :

- Appliquer le Gel ARHUMATIZ sur la zone concernée deux fois par jour. Masser soigneusement.
- Laver les mains après chaque utilisation.

PRÉCAUTIONS :

- Ne pas utiliser ce produit en cas d'allergie à l'un des composants.
- Ne pas avaler.
- Ne pas mettre en contact avec les yeux, muqueuses, peaux abîmées ou plaies ouvertes.
- Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 7 ans.
- Garder dans un endroit frais à l'abri de la chaleur et des rayons du soleil.

Fabriqué par : **SYSTEM 66 sarl** 11 Boulevard Sidi Mohammed Ben Abdellah
28810 Mohammedia Maroc

Distribué par :



LC-MED SARL 20 Lot. Saadi Par BYD Chefchaoui - 3^{ème} Étage
QI Aïn Sebaâ Casablanca.

60g

Arnalgie gel

Harpagophytum / Boswellia / Arnica

7,14 et 28.

Le médicament.

d'information à votre médecin ou
à quelqu'un d'autre, même en
cas d'intolérance non mentionnée dans

Lot : 002-22
Per : 01/2025
PPC : 110,00 DH

Substance active : esoméprazole (sous

forme de sel)

Hypermélose 3CP. Emulsion de
polyoxyde de méthyle (E218), acide
acétylsalicylique-polyéthoxy-éthanol,
d'acide métracrylique et d'acrylate
d'acryloylchlorure stériques.
de l'acide (E171).
de méthyle et de propyle.

Éléments de la classe des inhibiteurs
de la pompe à protons.

ZEOGAS 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé dans le traitement des maladies suivantes:

- **Adultes :**
 - Le reflux gastro-œsophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie votre gorge à votre estomac) et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.
 - L'ulcère de l'estomac ou du duodénum (intestin grêle) en cas d'infection par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Si vous êtes dans cette situation votre médecin pourra également vous prescrire des antibiotiques pour traiter l'infection et permettre à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
 - Le traitement et la prévention des ulcères associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

ZEOGAS 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé dans le traitement des maladies suivantes:

- **Adultes :**
 - Le reflux gastro-œsophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie votre gorge à votre estomac) et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.
 - L'ulcère de l'estomac ou du duodénum (intestin grêle) en cas d'infection par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Si vous êtes dans cette situation votre médecin pourra également vous prescrire des antibiotiques pour traiter l'infection et permettre à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

ZEOGAS 40 mg, gélule gastro-résistante est utilisé dans le traitement des maladies suivantes:

- **Adultes :**
 - Le traitement de l'œsophagite érosive par reflux lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie votre gorge à votre estomac) et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.
 - Un excès d'acide dans l'estomac dû à un syndrome de Zollinger-Elison.

- **Adolescents âgés de 12 ans et plus :**
 - Le reflux gastro-œsophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie votre gorge à votre estomac) et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.

• **Adolescents âgés de 12 ans et plus :**

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie votre gorge à votre estomac) et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.

4. POSOLOGIE

• **Instructions pour un bon usage**

- Prenez toujours ce médicament exactement comme votre médecin ou votre pharmacien vous l'a dit.
- Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien si besoin.
- Si vous prenez ce médicament depuis longtemps (en particulier depuis plus d'un an), votre médecin sera amené à vous surveiller.

- Si votre médecin vous a dit de prendre ce médicament « à la demande » en fonction des besoins, vous devez l'informer si les symptômes se modifient.

• **Posologie de ZEOGAS :**

- Votre médecin vous dira le nombre de gélules à prendre et la durée du traitement. Ceci dépendra de votre état de santé, de votre âge et du fonctionnement de votre foie.
- Les doses recommandées sont mentionnées ci-dessous :

• **ZEOGAS 20mg :**

- **Adultes âgés de 18 ans et plus :**

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien (brûlures et remontées acides)
Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, la dose recommandée est de 40 mg de ZEOGAS une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire pour obtenir une guérison complète.

La dose recommandée après cicatrisation de l'œsophage est une gélule de ZEOGAS 20 mg une fois par jour.

Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose recommandée est de une gélule de ZEOGAS 20 mg une fois par jour. Une fois les symptômes obtenus, votre médecin peut vous recommander de prendre une gélule de ZEOGAS 20 mg une fois par jour, en fonction de vos besoins.

Si vous avez de graves problèmes hépatiques, il est possible que votre médecin vous donne une dose plus faible.

LOT 220445
EXP 01/2024
PPV 144.50DH

• **Utilisation chez les adolescents (âgés de 12 ans et plus)**

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien (brûlures et remontées acides)

Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, la dose recommandée est de 40 mg de ZEOGAS une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire pour obtenir une guérison complète.

La dose recommandée après cicatrisation de l'œsophage est une gélule de ZEOGAS 20 mg une fois par jour.

Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose recommandée est de une gélule de ZEOGAS 20 mg une fois par jour.

Si vous avez de graves problèmes hépatiques, il est possible que votre médecin vous donne une dose plus faible.

En cas d'infection par la bactérie appelée *Helicobacter pylori*, traitement de l'ulcère du duodénum et prévention de la récurrence de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum.

La dose recommandée est d'une gélule de ZEOGAS 20 mg deux fois par jour pendant une semaine.

Votre médecin vous demandera également de prendre des antibiotiques par exemple de l'amoxicilline et de la clarithromycine.

→ **ZEOGAS 40mg :**

- **Adultes âgés de 18 ans et plus :**

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien (brûlures et remontées acides)

Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, la dose recommandée est de 40 mg de ZEOGAS une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire pour obtenir une guérison complète.

Si vous avez une maladie hépatique grave, votre médecin peut vous donner une dose plus faible.

Traitement de l'excès d'acide dans l'estomac dû au syndrome de Zollinger-Elison.

La dose recommandée est d'une gélule de ZEOGAS 40 mg deux fois par jour.

Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement selon les besoins. La dose maximale est de 80 mg deux fois par jour.

Poursuite du traitement après prévention avec ZEOGAS par voie intraveineuse de la récurrence hémorragique d'un ulcère gastro-duodénal.

La dose recommandée est d'une gélule de 40 mg une fois par jour pendant 4 semaines.

• **Utilisation chez les adolescents (âgés de 12 ans et plus) :**

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien (brûlures et remontées acides)

Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, la dose recommandée est de 40 mg de ZEOGAS une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire pour obtenir une guérison complète.

Si vous avez de graves problèmes hépatiques, il est possible que votre médecin vous donne une dose plus faible.

Mode et voies d'administration

- Vous pouvez prendre vos gélules à n'importe quel moment de la journée.
- Vous pouvez prendre vos gélules pendant ou en dehors des repas.

• **Avalez vos gélules avec un verre d'eau.** Les gélules remplies en granules ne doivent pas être mâchées ni croquées. En effet, les granules prolongent les granules de l'œsophage qui ne doivent pas être endommagés avant le passage dans l'estomac.

Que faire si vous avez des difficultés pour avaler les gélules ?

Si vous avez des difficultés pour avaler les gélules :

- Ouvrez la gélule dans un verre d'eau (non gazeux). Aucun autre liquide ne doit être utilisé.
- Remuez jusqu'à ce que le contenu de la gélule se désintègre (le mélange ne doit pas être liquide).

Puis buvez le mélange contenant des petits granules immédiatement ou dans les 30 minutes. Remuez toujours avant de boire.

Afin de prendre la totalité du médicament, rincez ensuite le verre en ajoutant le contenu d'un demi-verre d'eau et le boire. Tous les granules doivent être avalés sans être mâchés ni croqués.

Pour les patients ne pouvant pas avaler : le contenu des gélules peut être dispersé dans de l'eau et administré par sonde gastrique.

• **Enfants âgés de moins de 12 ans :**

ZEOGAS gélules gastro-résistantes n'est pas recommandé chez les enfants âgés de moins de 12 ans.

Sujets âgés : Un ajustement de la posologie n'est pas nécessaire chez les sujets âgés.

5. CONTRE-INDICATIONS

• **Ne prenez jamais ZEOGAS gélules gastro-résistantes :**

Si vous êtes allergique à l'esoméprazole ou l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 1)

Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons, (par exemple : pantoprazole, lansoprazole, rabeprazole, omeprazole).

Si vous prenez un médicament contenant du nifedipine utilisé dans le traitement de l'infection par le VIH.

Si vous êtes dans une des situations décrites ci-dessus, ne prenez pas ZEOGAS si vous avez des doutes parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien avant toute administration de ZEOGAS.

6. EFFETS INDÉSIRABLES

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

Si vous remarquez l'un de ces effets indésirables graves, arrêtez de prendre ZEOGAS et contactez un médecin immédiatement :

• Apparition soudaine d'une respiration sifflante, gonflement des lèvres, de la langue, de la gorge ou du

DULASTAN®

Comprimé
Boîte de 20

Paracétamol - Thiocolchicoside

DULASTAN® 500 mg / 2 mg دولاستان
Boîte de 20 comprimés عبوة من 20 قرصا

3700

- 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'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 :

Paracétamol 500 mg
Thiocolchicoside 2 mg
Excipients : q.s.p. 1 comprimé
Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Le médicament est préconisé dans :
 - Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
 - Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
 - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies.
 - des affections vertébrales et neurologiques (avec spasticité).

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :
 - d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
 - de grossesse.
 - d'allaitement,
 - d'insuffisance hépatocellulaire,
 - d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
 - chez l'enfant de moins de 15 ans.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
 - Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
 - Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
 - En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
 - Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
 - Ne pas dépasser la dose prescrite.
 - Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactase.
L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliakiques.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

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.
DULASTAN® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.
En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

Examens paracliniques :

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Grossesse

L'utilisation de ce médicament est contre-indiquée pendant de la grossesse.
Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez rapidement votre médecin : lui seul pourra adapter le traitement à votre état.

Allaitement

Ce médicament est contre-indiqué en cas d'allaitement.
D'une façon générale, il convient, au cours de la grossesse et de l'allaitement, de toujours demander avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre un médicament.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

POSOLOGIE :

RESERVE A L'ADULTE (plus de 15 ans).

La dose quotidienne est de 1 à 2 comprimés par prise, 3 fois par jour, à 4 heures d'intervalle au minimum. Ne pas dépasser 6 comprimés par 24 heures.
Insuffisance rénale : en cas d'insuffisance rénale sévère (clearance de la créatinine inférieure à 10 ml/min), l'intervalle entre deux prises sera au minimum de 8 heures.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Avaler les comprimés avec un verre d'eau.

FREQUENCE ET DUREE DU TRAITEMENT :

Se conformer strictement à la prescription de votre médecin.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE :

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.

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

EFFETS NON SOUHAITES OU GENANTS :

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

Liés au paracétamol :

- Hépatotoxicité à très forte dose ou après traitement prolongé.
- Quelques rares cas d'accidents allergiques (simples rashes cutanés avec érythème ou urticaire) qui nécessitent l'arrêt du traitement.
- Exceptionnellement, thrombopénie.

Liés au thiocolchicoside :

- Possibilité de manifestations allergiques cutanées.
- Rares troubles digestifs : diarrhée, douleurs de l'estomac.

NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE OU GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.

CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.

Liste I

AMM N° : 285/12DMP/21/NCN

NOM ET ADRESSE DE L'EPI TITULAIRE DE L'AMM AU MAROC :

rim pharma

Radio isotope méditerranée pharma

Zone industrielle Bouznika - Maroc

Pharmacien Responsable : Dr. M. HOUBACHI

Fabriqué par :

POLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane
Casablanca - MAROC

DULASTAN®

Comprimé
Boîte de 20

Paracétamol - Thiocolchicoside

DULASTAN® 500 mg / 2 mg دولاستان
Boîte de 20 comprimés عبوة من 20 قرصا

3700

- 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'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 :

Paracétamol 500 mg
Thiocolchicoside 2 mg
Excipients : q.s.p. 1 comprimé
Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Le médicament est préconisé dans :
 - Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
 - Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
 - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies.
 - des affections vertébrales et neurologiques (avec spasticité).

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :
 - d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
 - de grossesse.
 - d'allaitement,
 - d'insuffisance hépatocellulaire,
 - d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
 - chez l'enfant de moins de 15 ans.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
 - Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
 - Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
 - En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
 - Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
 - Ne pas dépasser la dose prescrite.
 - Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactase.
L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliakiques.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

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.
DULASTAN® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.
En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

Examens paracliniques :

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Grossesse

L'utilisation de ce médicament est contre-indiquée pendant de la grossesse.
Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez rapidement votre médecin : lui seul pourra adapter le traitement à votre état.

Allaitement

Ce médicament est contre-indiqué en cas d'allaitement.
D'une façon générale, il convient, au cours de la grossesse et de l'allaitement, de toujours demander avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre un médicament.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

POSOLOGIE :

RESERVE A L'ADULTE (plus de 15 ans).

La dose quotidienne est de 1 à 2 comprimés par prise, 3 fois par jour, à 4 heures d'intervalle au minimum. Ne pas dépasser 6 comprimés par 24 heures.
Insuffisance rénale : en cas d'insuffisance rénale sévère (clearance de la créatinine inférieure à 10 ml/min), l'intervalle entre deux prises sera au minimum de 8 heures.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Avaler les comprimés avec un verre d'eau.

FREQUENCE ET DUREE DU TRAITEMENT :

Se conformer strictement à la prescription de votre médecin.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE :

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.

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

EFFETS NON SOUHAITES OU GENANTS :

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

Liés au paracétamol :

- Hépatotoxicité à très forte dose ou après traitement prolongé.
- Quelques rares cas d'accidents allergiques (simples rashs cutanés avec érythème ou urticaire) qui nécessitent l'arrêt du traitement.
- Exceptionnellement, thrombopénie.

Liés au thiocolchicoside :

- Possibilité de manifestations allergiques cutanées.
- Rares troubles digestifs : diarrhée, douleurs de l'estomac.

NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE OU GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.

CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.

Liste I

AMM N° : 285/12DMP/21/NCN

NOM ET ADRESSE DE L'EPI TITULAIRE DE L'AMM AU MAROC :

rim pharma

Radio isotope méditerranée pharma

Zone industrielle Bouznika - Maroc

Pharmacien Responsable : Dr. M. HOUBACHI

Fabriqué par :

POLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane
Casablanca - MAROC

Etoricoxib

LÖT: L1561-32

- Vous êtes déshydraté(e),