

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.



Compte de rattachement
171486

Déclaration de Maladie : N° S19-0000528

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11049 Société : RAA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KARROUN Youssef Date de naissance : 02/11/63

Adresse :

Tél : 0707752675 Total des frais engagés : 1882,10 Dhs

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 : CAJA Le : 11/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

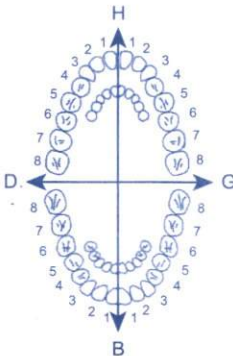
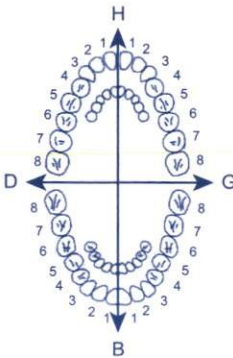
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

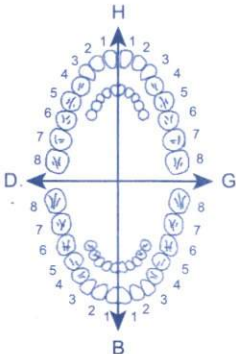
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تامين الوفا
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : Wafa Assurance / 1128 / CONTRAT N° : 9000 60 / 648100
NOM DE L'ASSURÉ : RABAOUA SIHAM CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE:
BENEFICIAIRE : RABAOUA SIHAM DATE DE LA DECLARATION : 20/07/2023
DECLARATION N° : 19232745 / DATE DE REMBOURSEMENT : 31/07/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
15	Pharmacie	1882.10		1882.10		85.0%	1599.79
	TOTAUX	1882.10		1882.10			1599.79
OBSERVATIONS :							

a cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17 99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 19232745

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté : 659

Nom et prénom de l'assuré

RABAOUA SIHAM

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

1882,110 DHS

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

20 JUL. 2023

Nom et prénom du malade :

RABAOUA SIHAM

Âge

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Epilepsie

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

Signature de l'assuré

(Signature)

DECLARATION

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

20/07/2023

TOTAL DES FRAIS ENGAGES

1882,110 DHS

19232745



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.
- Soins dentaires** : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable et obligatoire.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale** : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- Délai de remise des pièces** : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.
- Protection des données personnelles**
Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré /souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformité@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maître Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "
59. Bd. Zerktouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37 }

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات
أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي
إبن رشد بالبيضاء

« إقامة الزهور »
59. شارع الزرقتوني - الدار البيضاء

{ 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37 } الهاتف

Casablanca, le : 20 JUL. 2023

Mme RABAOUI SI'HA

561,00 x 3 ① Keppra 500 1 cp x 2/j
1683,00
23,50 x 3 ② Unbanyl S.D.
70,50 1/2 cp à 1 cp Saui
41,80 x 2 ③ Avlocandyl S.D.
83,60 1/4 cp x 2/j
45,00 ④ Zopidox S.D.
182,00 x 1/2 cp Saui en cas de besoin

traitement de 03 mois

Pharmacie du Dr. EL KHALIDY
Docteur EL KHALIDY A. FARID
Angle Rue R. Mohammed VI - Casablanca
Quartier Palmier
Tél: 0522 26 14 67
INPE: 092017342
Dr. A.F. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs
59, Bd. Zerktouni - Casa

AVLOCARDYL®

PROPRANOLOL

40 mg

**Veillez lire
médicament
pour vous.**

• Gardez cet
vous avez d'
pharmacien.

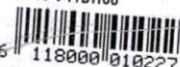
Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif.

LOT : 22E009
P.R. : 10 2026

AVLOCARDYL 40MG

CP SEC 850

P.P.V. : 41DH80



• Si
ou votre
prescrit.
être nocif.

AVLOCARDYL®

PROPRANOLOL

40 mg

**Veillez lire
médicament
pour vous.**

• Gardez cet
vous avez d'
pharmacien.

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.

LOT : 22E009
P.R. : 10 2026

AVLOCARDYL 40MG

CP SEC 850

P.P.V. : 41DH80



• Si
ou votre
prescrit.
être nocif.

1. QU'EST-CE QUE AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient une substance active, le propranolol qui appartient à la famille des bêta-bloquants. Il agit en diminuant la tension artérielle, en réduisant les troubles du rythme cardiaque et en ralentissant le cœur.

Ce médicament est utilisé principalement : • pour traiter une tension artérielle élevée, • pour éviter des douleurs au niveau de la poitrine (crises douloureuses de l'angine de poitrine), • après une crise cardiaque (infarctus du myocarde), • pour des maladies du cœur et des vaisseaux causées par un taux élevé d'hormones thyroïdiennes dans le sang, • pour traiter certaines maladies du cœur et notamment certains troubles du rythme cardiaque, • pour éviter des migraines, • pour traiter certains types de tremblements, • pour éviter des palpitations liées par une situation stressante (tel que le trac), • pour éviter des saignements digestifs chez les personnes qui souffrent d'une maladie grave du foie (cirrhose).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable ?

Ne prenez jamais AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable :

• Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active (le propranolol) ou à l'un des composants contenus dans ce médicament. Vous trouverez la liste des composants à la section 6. • Si vous êtes asthmatique ou si vous avez un encombrement des bronches et des poumons (bronchopneumopathie chronique obstructive). • Si vous souffrez d'insuffisance cardiaque non contrôlée par un traitement. • Si vous avez eu un problème cardiaque grave (choc cardiogénique). • Si votre tension artérielle élevée est causée par une maladie d'une glande située au-dessus du rein (phéochromocytome non traité). • Si vous souffrez d'une certaine forme d'angine de poitrine appelée angor de Prinzmetal (reconnaissable par des douleurs au niveau de la poitrine). • Si votre cœur bat trop lentement (moins de 45-50 battements par minute). • Si vous souffrez de troubles de la conduction : blocs auriculo-ventriculaires des second et troisième

Zopidox® Zolpidem

écable B/10 et B/20

de cette notice avant de prendre ce médicament. Si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre pharmacien. Ne le donnez jamais à qui il ne vous est pas prescrit. Il est grave si vous remarquez un effet indésirable. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif.

PPV :

LOT :

PER :

il de 1 comprimé à 10 mg par jour. L'effet doit être obtenu avant le coucher au 1^{er} jour ou fragilité étant particulièrement sensible à 5 mg (soit 1/2 comprimé). Le métabolisme du zolpidem étant diminué à la posologie de 5 mg par jour, en prêtant une attention particulière à ne pas dépasser 10 mg par jour.

able, de quelques jours à 4 semaines, y compris l'effet au patient. • Si vous êtes sensible (comme, par exemple, lors d'un voyage). • Si vous avez une histoire (comme lors de la survenue d'un événement). • RIGOREZ STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE V

UTILISE dans les cas suivants :
• l'un des autres constituants.

ou chronique (risque de survenue d'une encéphalopathie).
• NÉCESSAIRE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN.

AINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS indésirables et la sensibilité individuelle du patient.

• altérations de la conscience, agressivité, somnolence, • vigilance voire somnolence, (particulièrement d'origine abdominale,

J A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NÉCESSAIRE
• effets particuliers d'emploi :

• utilisation est déconseillée chez les patients présentant une forme de malabsorption du glucose ou du galactose. • les benzodiazépines et apparentés peut diminuer progressivement pendant plusieurs semaines.

Urbanyl® 10mg

Clobazam

Comprimé sécable

Veillez lire attentivement les informations contenues dans cette notice. Gardez cette notice, elle vous sera utile. Si vous avez des questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

LOT : ZZE009
PER : 11 2025

URBANYL 10MG
CP SEC B30

P.P.V. : 23DH50



6 118000 061748

1. QU'EST-CE QUE URBANYL 10 mg, comprimé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Urbanyl® 10mg

Clobazam

Comprimé

Veillez lire attentivement les informations contenues dans cette notice. Gardez cette notice, elle vous sera utile. Si vous avez des questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

LOT : ZZE009
PER : 11 2025

URBANYL 10MG
CP SEC B30

P.P.V. : 23DH50



6 118000 061748

Urbanyl® 10mg

Clobazam

Comprimé sécable

Veillez lire attentivement les informations contenues dans cette notice. Gardez cette notice, elle vous sera utile. Si vous avez des questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

LOT : ZZE009
PER : 11 2025

URBANYL 10MG
CP SEC B30

P.P.V. : 23DH50



6 118000 061748

1. QU'EST-CE QUE URBANYL 10 mg, comprimé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Casse pharmacothérapeutique - Anxiolytiques - code ATC : N05BA09

(N : système nerveux central)

Ce médicament appartient à la classe des benzodiazépines.

Ce médicament est utilisé :

Chez l'adulte

• pour traiter l'anxiété lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants,

• pour prévenir ou traiter les manifestations liées à un sevrage alcoolique.

Chez l'enfant et l'adolescent de plus de 6 ans

• pour traiter l'épilepsie, en association à un autre médicament.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE URBANYL 10 mg, comprimé sécable ?

Ne prenez jamais URBANYL 10 mg, comprimé sécable :

• Si vous allaitez (voir rubrique 2, paragraphe « Grossesse et allaitement »). • Si vous êtes allergique au clobazam ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6. • Si vous avez une insuffisance respiratoire grave. • Si vous avez une maladie grave du foie (insuffisance hépatique grave). • Si vous souffrez d'un syndrome d'apnée du sommeil (trouble caractérisé par des arrêts de la respiration pendant le sommeil). • Si vous souffrez de myasthénie (maladie des muscles).

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre URBANYL 10 mg comprimé sécable : • Si vous avez une insuffisance respiratoire. • Si vous avez une maladie du foie (insuffisance hépatique). • Si vous avez une maladie des reins (insuffisance rénale). • Si vous avez eu des problèmes de dépendance à l'alcool. • Si vous êtes enceinte.

Avec des produits non-médicamenteux contenant du cannabidiol, car cela peut augmenter les effets indésirables d'URBANYL 10 mg, comprimé sécable.

Avec des médicaments contenant du cannabidiol, comme cela peut augmenter les effets indésirables d'URBANYL 10 mg, comprimé sécable.

Avant de prendre URBANYL 10 mg, comprimé sécable, vous devez savoir que :

• Une anxiété peut révéler un autre trouble physique ou psychique. Une évaluation médicale doit être effectuée avant la prescription de ce médicament. • Ce médicament traite pas la dépression. Si vous souffrez également de dépression, votre médecin vous prescrira un traitement approprié. Si la dépression n'est pas traitée, elle peut s'aggraver avec une persistance ou une augmentation possible du risque suicidaire. • Si votre anxiété persiste ou s'aggrave après une période courte de traitement, consultez votre médecin. Dans les heures qui suivent la prise du médicament, il peut survenir : • une perte de la mémoire concernant les événements survenus pendant le traitement.

Notice : information du patient

Keppra

Keppra 250 mg comprimé pelliculé

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 561,00 DH
ID: 651752
6 118001 142606

Notice : information du patient

Keppra

Notice : information du patient

Keppra

Keppra 250 mg comprimé pelliculé

Keppra 500 mg comprimé pelliculé

Lévétiracétam

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous ou votre enfant.

- 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 à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir section 4.

Que contient cette notice :

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

1. Qu'est-ce que Keppra et dans quel cas est-il utilisé ?

Le lévétiracétam est un médicament anticonvulsivant (médicament utilisé pour traiter les crises d'épilepsie).

Keppra est utilisé :

- Seul, chez l'adulte et l'adolescent à partir de 16 ans présentant une certaine forme d'épilepsie nouvellement diagnostiquée. L'épilepsie est une maladie où les patients ont des crises répétées (convulsions). Le lévétiracétam est utilisé pour la forme d'épilepsie où les crises n'affectent initialement qu'un seul côté du cerveau, mais qui par la suite pourraient s'étendre à des zones plus larges des deux côtés du cerveau (crise partielle avec ou sans généralisation secondaire). Le lévétiracétam vous a été prescrit par votre médecin afin de réduire le nombre de crises.
- En association à d'autres médicaments anticonvulsivants pour traiter :
 - Les crises partielles avec ou sans généralisation chez l'adulte, l'adolescent, l'enfant et le nourrisson à partir de l'âge de 1 mois,
 - Les crises myocloniques (mouvements brefs et saccadés d'un muscle ou d'un groupe de muscles) de l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans, ayant une épilepsie myoclonique juvénile,
 - Les crises généralisées tonico-cloniques primaires (crises graves avec une perte de conscience) de l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans, ayant une épilepsie généralisée idiopathique (ce type d'épilepsie qui est supposée avoir une cause génétique).

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Keppra ?

Ne prenez jamais Keppra

• Si vous êtes allergique au lévétiracétam, aux dérivés de pyrrolidone ou à l'un des autres composants de ce médicament (listés en rubrique 6).

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre Keppra

- Si vous souffrez de troubles rénaux, suivez les instructions de votre médecin. Il décidera si votre posologie doit être adaptée.
- Si vous notez un ralentissement de la croissance ou un développement pubertaire inattendu de votre enfant, contactez votre médecin.
- Un petit nombre de personnes traitées par des anticonvulsivants comme Keppra ont eu des

gsk

l'augmen
traitement
Si vous
d'informa
4. Quels
Comme l
ils ne sun
hez
B, S
le
rr
fl
pl
nu
51
C:
4:
Cl
lir
Pl
pi

Les
len
d'un
étou
temp
Très
• R
• S
Fréq
• A
• C
• D
(n
• V
• D
• To
• Éru
• As
Peu tri

• Din
• bla
• Per
• Ten
• hall
• d'hu
• Amr
• atax
• l'atte
• Dipl
• Val
• nat