

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0052003

186233

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7887 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraitée  
 Nom & Prénom : SABBAGH TAMOU  
 Date de naissance : 01.01.1958  
 Adresse : Residence EL WIAM ou FA 04 IMM. 44  
 Appt n° 10 ou LFA CASABLANCA  
 Tél. : 0675471030 Total des frais engagés : 1264,00 + 28,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL CHATT NADIA  
Spécialiste de Médecine Interne  
Résidence Fédérale N° 3 (Im: L19 GH1 L)  
Route du Complexe Oulfa-Casablanca  
Tél: 05 22 93 96 12 34 06 87 35 02 53

Date de consultation : 19/09/23  
 Nom et prénom du malade : (Antheas) SABBAGH TAMOU  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Antheas  
 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 : 04/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : SABBAGH TAMOU

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 19-09-23        |                   | 300 DH                |                                 | Dr. NADIA                                                      |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------------|-----------------------|
|                                        | 19/09/2023 | 28,00                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------|
|                                                     | 19/09/2023 | 2x2 + 2x2 = 2x2              | 1264 DH                |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                     | H                  |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX |  |
|                           | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     | MONTANTS DES SOINS |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>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'EXECUTION

# Docteur Nadia El Ghiati

## Spécialiste en Médecine Interne

Ex-médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd  
et Moulay Youssef de Casablanca

- Rhumatologie
- Maladies Inflammatoires et Vasculaires
- Echographie (Diplômée de Montpellier)

Sur rendez-vous

Casablanca, le

19-09-23

# الدكتورة نادية الغياتي

## إختصاصية في الطب الباطني

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء

- الأمراض الباطنية أو الجماعية
- أمراض التهابات العظام، المفاصل و الشرايين
- أمراض الروماتيزم

بالموعد

M - Dr. EL GHATI Nadia  
Spécialiste en Médecine Interne  
Résidence Firdaous - Appt N° 3 - (Im : L15 GH1B)  
Route du Complexe Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 96 67 - GSM : 06 87 35 02 53

Prescription de  
Doutif - Echographie

Dr. EL GHATI Nadia  
Spécialiste en Médecine Interne  
Résidence Firdaous - Appt N° 3 - (Im : L15 GH1B)  
Route du Complexe Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 96 67 - GSM : 06 87 35 02 53

إقامة الفردوس، شقة رقم 3 عمارة (GH1B- L15) مقابل مطار أنفا - الألفة - الدار البيضاء - 02  
Résidence Firdaous - Appt N° 3 - (Im : L15 GH1B) Bd Mohamed Taïeb Naciri en Face  
Aéroport d'Anfa - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca - 02  
Tél : 05 22 93 96 67 - Gsm : 06 87 35 02 53



# Docteur Nadia El Ghiati

Spécialiste en Médecine Interne

Ex-médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd  
et Moulay Youssef de Casablanca

- Rhumatologie
- Maladies Inflammatoires et Vasculaires
- Echographie (Diplômée de Montpellier)



## الدكتورة نادية الغياتي

إختصاصية في الطب الباطني

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء

- الأمراض الباطنية أو الجماعية
- أمراض التهابات العظام، المفاصل و الشرايين
- أمراض الروماتيزم

Sur rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le 19-09-13

N° 888888888 Tama

RADIOLOGIE ANOUAL 113  
Droite & Diagnostic du Maroc  
ICE: 001614006000058  
111, Bd Anoual  
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

Douleur Axillaire gauche +  
douleur du coude suite  
à un grand...

Rhumatisme de diagnostic  
+ échographie

Dr. EL GHIAI Nadia  
Spécialiste en Médecine Interne  
Résidence Firdaous  
Rue du Coq

إقامة الفردوس، شقة رقم 3 عمارة (GH1B- L15) مقابل مطار أنفا - الألفة - الدار البيضاء-02  
Résidence Firdaous - Appt N° 3 - (Im : L15 GH1B ) Bd Mohamed Taïeb Naciri en Face  
Aéroport d'Anfa - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca - 02  
Tél : 05 22 93 96 67 - Gsm : 06 87 35 02 53

Reçu Avance N° A2306618

CASABLANCA, Le 19/09/2023 15:04

Patient : SABBAGH TAMOU, N° Dossier : 23007933

N° téléphone : 00675471030

Traitement : EXAMEN RADIOLOGIE

Titre : Examen radiologie

| Mode règlement | Banque | Référence | Montant  |
|----------------|--------|-----------|----------|
| Espèces        |        |           | 1 264.00 |

Liste des examens :

RX EPAULE F/P

RX POUMON F

232.00

152.00

880.00

# Docteur Nadia El Ghiati

## Spécialiste en Médecine Interne

Ex-médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd  
et Moulay Youssef de Casablanca

- Rhumatologie
- Maladies Inflammatoires et Vasculaires
- Echographie (Diplômée de Montpellier)



## الدكتورة نادية الغياتي

### إختصاصية في الطب الباطني

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء

- الأمراض الباطنية أو الجماعية
- أمراض التهابات العظام، المفاصل و الشرايين
- أمراض الروماتيزم

### Sur rendez-vous

### بالموعد

Casablanca, le

19-09-23

N° 808888888 Taux



Dustol



28,00

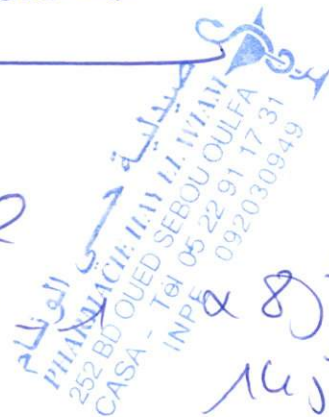
Aplawic 7,5

19/09/23

To: 28,00

line 20 up

19/09/23



إقامة الفردوس، شقة رقم 3 عمارة (GH1B- L15) مقابل مطار أنفا - الألفة - الدار البيضاء - 02  
Résidence Firdaous - Appt N° 3 - (Im : L15 GH1B ) Bd Mohamed Taïeb Naciri en Face  
Aéroport d'Anfa - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca - 02  
Tél : 05 22 93 96 67 - Gsm : 06 87 35 02 53

## F A C T U R E

N° de l'admission : 23007933 N° Facture : 23007745 Date facturation : 19/09/2023

Nom et prénom du patient : **TAMOU SABBAGH**

Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**

Traitement : **Examen radiologie**

Entrée: 19/09/2023 Sortie: 19/09/2023

| PRESTATIONS                | Nombre | Prix unitaire | Montant         |
|----------------------------|--------|---------------|-----------------|
| MAMMO+ECHO MAMMAIRE        | 1.00   | 704.00        | 704.00          |
| RX EPAULE F/P,RX POU MON F | 1.00   | 307.20        | 307.20          |
|                            |        | Sous-Total    | <b>1 011.20</b> |

| PRESTATIONS EXTERNES         | Nombre | Prix unitaire | Montant       |
|------------------------------|--------|---------------|---------------|
| DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH | 1.00   | 252.80        | 252.80        |
|                              |        | Sous-Total    | <b>252.80</b> |

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Mille deux cent soixante quatre dirhams**

**Total : 1 264.00**

Part patient 1264.00

Notre compte bancaire :

Adhérent

Mle

PC N°

RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 001614006000058  
111, Bd Anoual  
Tél: 05 22 85 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

ans le sang (diabète),  
ol dans le sang (hypercholestérolémie),

nt par AFLAMIC dès que vous remarquez un  
s selles en noir) ou une ulcération de votre  
urs abdominales).

ellement en jeu le pronostic vital (syndrome  
l) ont été rapportées lors de l'utilisation de  
ord comme des taches rougeâtres en forme  
s souvent des cloques au centre.

ulcères dans la bouche, la gorge, le nez, les  
s (yeux rouges et gonflés). Ces éruptions  
nt souvent accompagnées de symptômes  
er vers la formation généralisée de cloques

anées graves est le plus élevé au cours des

Stevens-Johnson ou un syndrome de Lyell  
devez jamais reprendre AFLAMIC.

née ou ces symptômes cutanés, arrêtez de  
un médecin et dites-lui que vous prenez ce

des douleurs aiguës.

s d'une infection (par exemple la fièvre). Si  
n, vous devez consulter votre médecin.

apter votre traitement, il est important de  
it de prendre AFLAMIC en cas de :

pphage (œsophagite), d'inflammation de  
tout autre affection du tractus digestif, par  
le hémorragique,

),

e,  
ète),  
), ce qui peut se produire si vous avez perdu  
é, ou si vous avez subi une opération ou en

stiquée par votre médecin, car ce produit

ng précédemment diagnostiqués par votre

toute modification de votre état pendant le

ng comprimé ou 15 mg comprimé

peut affecter, ou peut être affectée par  
médecin ou votre pharmacien si vous prenez,  
e tout autre médicament.

ou votre pharmacien si vous prenez ou si  
vants :

enir ou traiter de faibles taux de potassium

rgane

nt des infections de l'appareil urinaire

enir la formation de caillots sanguins

pts sanguins (thrombolytiques),  
cardiaques et rénales,

pour réduire l'inflammation et les réactions

plantations d'organes, dans des affections  
omme la polyarthrite rhumatoïde ou le

e surcharge en fer due à de fréquentes

ler votre fonction rénale si vous prenez des

hypertension artérielle (par exemple les

de l'humeur,  
de la sérotonine (ISRS) - utilisés dans le

tumeurs ou des affections cutanées sévères  
de active,

ter

sser le cholestérol,  
atéglinide) - utilisé pour le traitement du

n votre taux de sucre dans le sang pour le

omprimé avec des aliments et boissons

thérapie ou thérapie alternatives

ez, si vous pensez être enceinte ou planifiez

une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

#### Grossesse

Au cours du premier et deuxième trimestre de la grossesse, votre médecin pourra être amené à vous prescrire ce médicament uniquement si il est indispensable car il présente un risque potentiel de fausse couche et de malformation. Dans ce cas, la dose devra être aussi faible que possible, et la durée du traitement aussi courte que possible.

Au cours des 3 derniers mois de votre grossesse, ce médicament est contre-indiqué : vous ne devez jamais prendre ce médicament, car il peut entraîner des conséquences graves ou fatales pour votre fœtus/enfant, en particulier des effets sur son cœur, ses poumons et/ou ses reins, même avec une seule prise.

Si vous avez pris ce médicament pendant votre grossesse, vous devez prévenir immédiatement votre médecin/sage-femme afin qu'une surveillance adaptée soit envisagée.

#### Allaitement

La prise de ce produit n'est pas recommandée en cas d'allaitement.

#### Fertilité

Ce médicament peut entraîner des difficultés pour être enceinte. Vous devez informer votre médecin si vous planifiez une grossesse ou si vous avez des difficultés à être enceinte.

#### Sportifs

Sans objet.

Effets sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines

Des troubles visuels, notamment une vision floue, des étourdissements, une somnolence, des vertiges ou d'autres perturbations du système nerveux central peuvent survenir avec ce produit. Dans ce cas ne conduisez pas ou n'utilisez pas de machine.

AFLAMIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé contient du lactose et du sodium. Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par comprimé, c-à-d. qu'il est essentiellement « sans sodium ».

### 3. COMMENT PRENDRE AFLAMIC 7,5 MG COMPRIMÉ OU 15 MG COMPRIMÉ?

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

La dose recommandée est de :

**AFLAMIC 7,5 mg comprimé**

**Poussées aiguës d'arthrose**

7,5 mg (un comprimé) une fois par jour. Elle peut être augmentée jusqu'à 15 mg (deux comprimés) une fois par jour.

**Polyarthrite rhumatoïde**

15 mg (deux comprimés) une fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg (un comprimé) une fois par jour.

**Spondylarthrite ankylosante**

15 mg (deux comprimés) une fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg (un comprimé) une fois par jour.

**Ne pas dépasser la dose maximale de 15 mg par jour.**

Si l'une des informations énumérées sous le titre « Mise en garde spéciales et précautions particulières d'emploi » s'applique à vous, votre médecin peut limiter la dose à 7,5 mg (un comprimé) une fois par jour.

#### Personnes âgées

Si vous êtes âgés la posologie recommandée pour un traitement de longue durée de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante est de 7,5 mg (un comprimé) par jour.

#### Patients présentant un risque accru d'effets indésirables

Si vous êtes un patient présentant un risque accru d'effets indésirables, votre médecin débutera votre traitement à la posologie de 7,5 mg (un comprimé) par jour.

#### Insuffisance rénale

Si vous êtes un patient dialysé atteint d'une insuffisance rénale sévère, votre posologie ne devra pas dépasser 7,5 mg (un comprimé) par jour. Aucune réduction de posologie n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance rénale légère à modérée.

#### Insuffisance hépatique

Aucune réduction de posologie n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère à modérée.

**AFLAMIC 15 mg comprimé**

**Poussées aiguës d'arthrose**

1 comprimé une fois par jour.

**Polyarthrite rhumatoïde**

15 mg (un comprimé) une fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg une fois par jour.

**Spondylarthrite ankylosante**

15 mg (un comprimé) une fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg une fois par jour.

**Ne pas dépasser la dose maximale de 15 mg par jour.**

Si l'une des informations énumérées sous le titre mise en garde et précautions d'emploi s'applique à vous, votre médecin peut limiter la dose à 7,5 mg une fois par jour.

#### Personnes âgées

Si vous êtes âgés la posologie recommandée pour un traitement de longue durée de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante est de 7,5 mg par jour.

#### Insuffisance hépatique

Aucune réduction de posologie n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère à modérée.



# Aflamic®

Méloxicam

7,5 mg 15 mg

Boîte de 10, 20 ou 30



comprimé  
voie orale

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.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que AFLAMIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre AFLAMIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé ?
3. Comment prendre AFLAMIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver AFLAMIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. QU'EST-CE QUE AFLAMIC 7,5 MG COMPRIMÉ OU 15 MG COMPRIMÉ ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :

Anti-inflammatoires et antirhumatismaux, non stéroïdiens, oxicam, code ATC : M01AC06.

AFLAMIC contient une substance active dénommée méloxicam. Le méloxicam appartient à un groupe de médicaments appelés anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qui sont utilisés pour réduire l'inflammation et la douleur dans les articulations et les muscles.

AFLAMIC comprimé est indiqué chez l'adulte et l'enfant âgé de 16 ans et plus.

AFLAMIC est utilisé dans :

- le traitement de courte durée des douleurs aiguës d'arthrose,
- le traitement de longue durée :
  - o de la polyarthrite rhumatoïde,
  - o de la spondylarthrite ankylosante.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AFLAMIC 7,5 MG COMPRIMÉ OU 15 MG COMPRIMÉ ?

Il y a des informations nécessaires avant la prise du médicament :

- ne prenez jamais AFLAMIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé :

- si vous êtes allergique au méloxicam ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
- au cours des trois derniers mois de la grossesse,
- enfant et adolescents de moins de 16 ans,
- si vous avez présenté l'un des signes suivants après avoir pris de l'aspirine ou d'autres AINS :

o respiration sifflante, oppression respiratoire, difficulté à respirer (asthme),  
o obstruction nasale due à des petits renflements de la muqueuse nasale (polypes nasaux),

o éruptions cutanées / urticaire,  
o gonflement soudain des tissus sous la peau ou les muqueuses, tel qu'un gonflement autour des yeux, du visage, des lèvres, de la bouche ou de la gorge, rendant éventuellement la respiration difficile (oedème de Quincke),

- si vous avez déjà présenté, après un traitement avec des AINS :

o un saignement de l'estomac ou des intestins,  
o des perforations de l'estomac ou des intestins,  
o ulcères ou saignement de l'estomac ou des intestins,

- antécédents d'ulcères ou de saignements récidivants peptiques ou de l'estomac (ulcération ou saignement s'étant produit au moins deux fois),

- insuffisance hépatique sévère,

- insuffisance rénale sévère non dialysée,

- saignements récents dans le cerveau (hémorragie cérébrovasculaire),

- troubles hémorragiques de quelque type que ce soit,

- insuffisance cardiaque sévère,

- intolérance à certains sucres étant donné que ce produit contient du lactose (voir également le paragraphe « AFLAMIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé contient du lactose »).

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

**Mise en garde spéciale et précautions particulières d'emploi :**

Adressez-vous à votre médecin ou, pharmacien avant de prendre AFLAMIC.

### Mises en garde

Les médicaments tels que AFLAMIC pourraient être associés à une légère augmentation du risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral. Le risque est d'autant plus important que les doses utilisées sont élevées et la durée de traitement prolongée.

Ne pas dépasser les doses recommandées ni la durée de traitement (voir rubrique 3 "Comment prendre AFLAMIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé ?").

Si vous avez des problèmes cardiaques, si vous avez eu un accident vasculaire cérébral ou si vous pensez avoir des facteurs de risque pour ce type de pathologie, vous devez discuter de votre traitement avec votre médecin ou avec votre pharmacien. Par exemple :

- si vous avez une pression artérielle élevée (hypertension),

- si vous avez des taux élevés de sucre dans le sang,
- si vous avez un taux élevé de cholestérol,
- si vous fumez.

Arrêtez immédiatement votre traitement si vous présentez un saignement (donnant une coloration d'appareil digestif (provoquant des douleurs), Des éruptions cutanées mettant potentiellement en danger la vie, syndrome de Lyell, AFLAMIC, apparaissant sur le tronc d'abdomen ou des plaques circulaires au visage. Les autres signes à surveiller sont les ulcères des organes génitaux, et les conjonctivites cutanées potentiellement mortelles sous forme de pseudo-grippaux. L'éruption peut évoluer en un décollement de la peau.

Le risque de survenue de réactions cutanées est plus élevé pendant les premières semaines de traitement.

Si vous avez développé un syndrome de l'intestin lors de l'utilisation de AFLAMIC, vous ne devez pas prendre AFLAMIC, contactez d'urgence votre médecin.

AFLAMIC ne convient pas au traitement de l'asthme. AFLAMIC peut masquer les symptômes d'une infection, vous pensez que vous avez une infection.

### Précautions particulières d'emploi

Comme il pourrait être nécessaire d'adresser un dossier médical à votre médecin avant de commencer le traitement :

- antécédent d'inflammation de l'estomac (gastrite) ou antécédent de maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique,
- pression artérielle élevée (hypertension),
- si vous êtes âgé,
- maladie cardiaque, hépatique ou rénale,
- taux élevés de sucre dans le sang (diabète),
- volume sanguin diminué (hypovolémie),
- beaucoup de sang, si vous avez été brûlé(e),
- intolérance à certains sucres diagnostiquée,
- contient du lactose,
- taux élevés de potassium dans le sang.

Votre médecin devra s'assurer de suivre votre traitement.

### Enfants et adolescents

Sans objet.

### Autres médicaments et AFLAMIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé

Etant donné que l'action de AFLAMIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé est d'ordre anti-inflammatoire, informez votre médecin de tous les médicaments que vous avez récemment pris ou pourriez prendre.

En particulier, prévenez votre médecin si vous avez pris l'un des médicaments suivants :

- autres AINS,
- sels de potassium – utilisés pour prévenir les crampes dans le sang
- tacrolimus – utilisé après une greffe d'organe
- triméthoprime – utilisé pour le traitement de l'infection
- médicaments utilisés pour prévenir la formation de caillots (anticoagulants),
- médicaments qui désagrègent les caillots (anticoagulants),
- médicaments pour traiter les allergies (antihistaminiques),
- corticostéroïdes (médicaments utilisés pour traiter l'inflammation),
- ciclosporine – utilisée après les transplantations sévères, des pathologies du système rénal,
- déférasirox – utilisé pour traiter les surcharges en fer
- médicaments diurétiques,
- Votre médecin peut être amené à contrôler votre traitement.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.

Si vous n'êtes pas certain qu'un des points ci-dessus s'applique à vous, parlez-en à votre médecin.