

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Angie 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 38 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-444251

14101

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10327 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Azzah Mohamed

Date de naissance : 06/11/1974

Adresse : 3 rue Raphael Mariscal des hauts de Fontaine - Immeuble C - Apt 11 Casablanca

Tél : 06 62 22 0925 Total des frais engagés : 581,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/17

Nom et prénom du malade : Azzah Mohamed

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

Nature de la maladie : Pneumonie

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 : 21/10/2017

Signature de l'adhérent(e) :



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
21/11/2013				

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	21/11/2013

Montant de la Facture
281,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]								
				MONTANTS DES SOINS [ ]								
				DEBUT D'EXECUTION [ ]								
				FIN D'EXECUTION [ ]								
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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS [ ]		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la prothèse			DATE DU DEVIS [ ]								
			DATE DE L'EXECUTION [ ]									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								



# Cabinet de Pédiatrie

## Dr EL ALAMI ☺

**Docteur EL ALAMI Abdellatif**

Spécialiste Pédiatre  
Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Fibroscopie Digestive Biopsie Jejuna

Sur Rendez-vous

الدكتور العلمي عبد اللطيف  
اختصاصي في أمراض الأطفال و الرضيع  
أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
التنظير الداخلي للجهاز الهضمي

بالموعد

Casablanca, le 24 11 19 :الدار البيضاء، في

AZIZ Kenta

2005 H. Arbia

317 10mades 24 10

3190 Primat

24.40 Rivaline 24 10

87, شارع 11 يناير (بجانب سينما كوليزي) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 31 95 00  
87, Bd. 11 Janvier (à coté du cinéma colisée) - Casablanca - Tél : 05 22 31 95 00

En cas d'Urgence, Contacter GSM : 06 61 13 83 40



21.90 Putanglo (KS)

67.90 Am ny 10  
Tadex (KS)

384.30 Am ny 10

Dr. ELAIE ABDELHAFID  
Specialiste ophtalmologie  
07.00.11.44.00  
la clinique ophtalmologique  
Casablanca, Tel: 05 223 13 40  
GSM: 06 13 43 40



# TOUDEX<sup>®</sup> sirop

## Forme et présentation :

Sirop. Flacon de 125 ml

## Composition :

Cassis feuille, mauve bleu fleur (eau, potassium sorbate, sodium benzoate, glycérine, acide citrique), extrait fluide de cassis et de mauve (potassium sorbate, sodium benzoate, gommes : acacia, xanthane et thixogum, acide citrique monohydrate, aspartame, arôme framboise, eau).

## Propriétés :

**TOUDEX<sup>®</sup>** est une association synergique de mauve et de cassis (i fluid\*) bénéfiques pour les irritations de la gorge, les encombrements et inflammations des voies respiratoires.

La mauve possède une action pectorale, calmante, adoucissante et émolliente.

Le cassis (i fluid) possède une action anti-inflammatoire naturelle.

\*I fluid est un procédé unique breveté grâce auquel l'ensemble des composants de la plante est ~~précieusement~~ <sup>soigneusement</sup> préservé, pour être restitué dans son intégrité.

## Conseils d'utilisation :

Agiter avant utilisation.

Nourrisson (à partir d'un an)

Enfant : 1 à 2 cuillerées à soupe

Adulte : 1 cuillerée à soupe

## Durée d'utilisation :

Une fois le flacon entamé, conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité. Consulter le médecin en cas de persistance des symptômes.

**TOUDEX<sup>®</sup> Mauve - Cassis**



6 111255 810413

LOT 052758/FC4  
04/2022 PPC 67,90

Fabriqué Laboratoire 3i nature

Distribué par Ramo-Pharm

Complément alimentaire n'est pas un médicament



# BUTAMYL®

(Salbutamol)

Suppositoires et soluté buvable

## FORMES ET PRÉSENTATIONS :

Suppositoires 1 mg - Boîte de 12  
Soluté buvable 2mg/5 ml - Flacon de 150 ml.

## COMPOSITION :

Suppositoire :	par unité
Salbutamol (DCI) .....	1 mg
(Sous forme de sulfate : 1,2 mg/suppo)	
Excipients Q.S.P. ....	1 suppositoire
Soluté buvable :	
Salbutamol (sous forme de sulfate) .....	40 mg
Excipients Q.S.P. ....	100 ml
Excipients à effet notoire : Sels de sodium, parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle.	

## PROPRIÉTÉS :

**Suppositoire :** Sympathomimétique, inhibiteur du travail. Le salbutamol exerce une action stimulante sur les récepteurs bêta-2 des fibres lisses utérines, il réduit l'amplitude, la fréquence et la durée des contractions utérines.

**Soluté buvable :** Bronchodilatateur bêta-2 mimétique à action retardée et de courte durée - Antiasthmatique.

## INDICATIONS :

**Suppositoire :** Traitement des menaces d'accouchement prématuré.

**Soluté buvable :** Traitement symptomatique de l'asthme et des autres bronchopneumopathies obstructives réversibles de l'enfant et du nourrisson.

BUTAMYL® Soluté buvable n'est pas un traitement de la crise d'asthme

CONTI de 5 ml.

- Hype  
- Affect  
Suppo  
- Infect  
- Hém  
- Gross  
- Thyro  
- Hyper  
- Eclam  
- Trait  
POSOL  
Suppos  
1 suppos  
Soluté bu  
La dose c  
- 1 mois à  
- 2 à 6 an  
- 6 à 12 a  
Ne pas m  
MISES EN  
Supposit  
La forme suppositoire est à éviter en cas de fistule anale.

AMM N° : 167DMP/21/NRQR

BUTAMYL®

Salbutamol  
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH



6 118000 190189

## MISES EN

Supposit

Remarque préliminaire :

L'utilisation des bêta-2-mimétiques par voie générale peut démasquer une pathologie cardiaque préexistante méconnue.



# pivalone 1%

tixocortol

## Suspension nasale

### Composition

Tixocortol pivalate ..... 1,000 g  
Excipient : alcool benzylique, chlorure de sodium, phosphate  
Monosodique dihydraté, soluté officinal d'hydroxyde de sodium,  
eau purifiée q.s.p. .... 100 g  
Conservateur : Chlorure de N-Cétylpyridinium

### FORME PHARMACEUTIQUE

Suspension nasale, flacon de 10 ml

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

### (TYPE D'ACTIVITE)

Corticoïde pour usage nasal (R : système respiratoire)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

### (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Manifestations inflammatoires et allergiques du rhinopharynx :  
Rhinites allergiques, rhinites saisonnières, rhinites congestives  
aiguës et chroniques, rhinites vasco-motrices.

### ATTENTION !

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

### (CONTRE INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas :

- d'antécédents allergiques au produit.
- d'épistaxis (saignements du nez).
- d'existence en cours de traitement d'infections virales ou  
fongiques de surinfection locale importante.

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

### PRECAUTIONS D'EMPLOI

A utiliser après mouchage ou nettoyage soigné

- Consulter votre médecin en cas d'aggravation

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER

LE CONSEIL DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

INTERDICTION MEDICAMENTEUSE ET AL

IN

AL

PL

TI

ME

GR

D'u

l'all

votr

pivalone® 1%

Suspension nasale



6 118000 250784

24.40

LOT:

PER:

PPV:

de la  
ne vol  
dicame



**HAVRIX 720 U/0,5 ml****NOURRISSONS ET ENFANTS**

suspension injectable en seringue préremplie

Vaccin de l'hépatite A  
(inactivé, adsorbé)**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce vaccin car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml, suspension injectable en seringue préremplie et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml, suspension injectable en seringue préremplie ?
3. Comment utiliser HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml, suspension injectable en seringue préremplie ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS suspension injectable en seringue préremplie ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

**1. QU'EST-CE QUE HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml, suspension injectable en seringue préremplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : VACCIN CONTRE L'HÉPATITE A (J : Anti-infectieux)

Ce médicament est un vaccin.

Ce médicament est préconisé dans la prévention de l'infection par le virus de l'hépatite A chez l'enfant à partir de l'âge de 2 ans.

L'hépatite A est une infection virale du foie. Lorsqu'un enfant reçoit ce vaccin, le système immunitaire (le système de défense naturelle de l'organisme) produit des anticorps qui protègent l'enfant contre la maladie.

**HAVRIX 720 U/0,5 ml**  
**NOURRISSONS ET ENFANTS**

Après ouverture : le produit doit être utilisé immédiatement.

**Lire la notice avant utilisation.**

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C).

**Ne pas congeler.**

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.



Chez l'enfant de moins de 2 ans, on administrera le vaccin dans la cuisse (partie antéro-latérale).

Ne pas injecter dans une veine.

**Si vous avez utilisé plus de HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml que vous n'auriez dû :**

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

**Si vous oubliez d'utiliser HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml :**

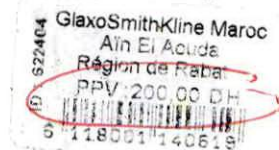
Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose simple que vous avez oublié de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Comme tous les vaccins, ce vaccin peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Les effets indésirables qui peuvent survenir sont les suivants :

**Très fréquent (effets indésirables pouvant survenir pour plus d'1 dose sur 10 de ce vaccin)****15 d'1 dose sur****ir moins d'1 dose**

... du niveau du nez et de la gorge, nez qui coule ou nez bouché (rhinite)

- Sensations vertigineuses
- Frissons



# TOBRADEX<sup>®</sup>, collyre en suspension

**Dexaméthasone, Tobramycine**

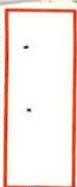
**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.**

- 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.

## Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que c'est-il utilise
2. Quelles sont les indications du collyre en suspension
3. Comment l'utiliser
4. Quels sont les effets indésirables
5. Comment conserver le médicament
6. Informations complémentaires

TOBRADEX<sup>®</sup> COLLYRE EN SUSPENSION



**NE PAS UTILISER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I. Uniquement sur ordonnance

Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice



quel cas  
**OBRADEX<sup>®</sup>**

**1. QU'EST-CE QUE C'EST ?**  
**QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?**  
**ASSOCIATION DES MÉDICAMENTS**  
(S : organes)  
La dexaméthasone  
La tobramycine

LABORATOIRES ALCON  
4, rue Henri Sainte-Claire Deville  
F-92663 RUEIL-MALMAISON CEDEX



**Laboratoires Sothema Bouskoura**  
Tobradex collyre en suspension, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI  
PPV : 35,70 DHS



406833

Fabriqué par  
LABORATOIRES ALCON (CUI)  
E-08320 El Masrou - Barcelone

**in ET DANS**  
ale.  
lien puissant.  
osides.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines



# Primalan®

Méquitazine  
Sirop

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, 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, qu'il soit mentionné ou non dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que PRIMALAN, sirop et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre PRIMALAN, sirop ?
3. Comment prendre PRIMALAN, sirop ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver PRIMALAN, sirop ?
6. Informations supplémentaires.

## 1. QU'EST-CE QUE PRIMALAN, sirop ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

PRIMALAN appartient à la famille de médicaments appelée les antihistaminiques H1. Il s'oppose aux effets de certaines substances (histamine) libérées dans l'organisme au cours de l'allergie.

PRIMALAN, sirop est utilisé pour traiter les symptômes d'une rhinite allergique, d'une conjonctivite et/ou d'un urticaire :

- La rhinite allergique est une inflammation du nez entraînant une obstruction nasale (sensation de nez bouché), une irritation du nez, un écoulement nasal clair et des éternuements. Elle peut être saisonnière c'est-à-dire survenir à certaines périodes de l'année (exemple : rhume des foins) ou perannuelle, c'est-à-dire survenir en cas d'exposition à certains éléments déclenchants (par exemple poussière, poils d'animaux, acariens...) à n'importe quel moment de l'année.
- La conjonctivite allergique est une inflammation de la conjonctive de l'œil entraînant des yeux rouges, irrités et qui démangent, et des larmoiements.
- L'urticaire est une forme de réaction allergique cutanée avec des éruptions en forme de plaques rouges sur la peau qui démangent (ressemblant à une piqûre d'orties).

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE PRIMALAN, sirop ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

### CE MÉDICAMENT EST CONTRE-INDIQUÉ CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS.

Ne prenez jamais PRIMALAN, sirop :

- si vous allaitez votre enfant,
- si vous êtes allergique à la substance active (méquitazine) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
- si vous présentez certaines anomalies détectables par la réalisation d'un électrocardiogramme (examen mesurant l'activité électrique du cœur) appelées «syndrome du QT long»,
- si vous avez un faible taux de potassium dans le sang (hypokaliémie),
- si vous avez un rythme cardiaque lent (bradycardie),
- si vous avez déjà eu une diminution importante du taux de certains globules blancs (granulocytes) dans le sang (agranulocytose),
- si vous avez un risque de glaucome à angle fermé (pression élevée à l'intérieur de l'œil pouvant retentir sur la vue),
- si vous avez des difficultés pour uriner (troubles prostatiques),
- si vous prenez certains médicaments pouvant donner des troubles graves du rythme cardiaque (voir rubrique ci-dessous : Interactions Médicamenteuses).

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

### Mises en garde et précautions d'emploi

Ce médicament contient :

- du saccharose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose ou un déficit sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares),
- du parahydroxybenzoate de méthyle (E218) et du parahydroxybenzoate de propyle (E216) qui peuvent provoquer des réactions allergiques.

### Avant de commencer le traitement

Prévenez votre médecin :

- si vous avez une maladie grave du foie (insuffisance hépatique sévère),
- si vous êtes épileptique (convulsions),
- si vous êtes âgé(e) de plus de 65 ans (notamment en raison du risque accru de somnolence, d'hallucination, de confusion mentale et de constipation chez les sujets âgés),
- si vous avez des troubles urinaires d'origine prostatique (difficulté à uriner).

### Pendant le traitement

- Il est préférable de ne pas vous exposer au soleil car ce médicament peut provoquer une réaction exagérée de la peau après exposition au soleil et aux UV (photosensibilisation),
- Prévenez immédiatement votre médecin :
  - si vous présentez des palpitations ou des irrégularités du

rythme cardiaque ou un malaise avec sensation de perte de connaissance. Il vous demandera éventuellement de faire réaliser un examen mesurant l'activité électrique du cœur (électrocardiogramme).

- si vous avez de la fièvre accompagnée ou non de signes d'infection.

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

### Autres médicaments et PRIMALAN

Ce médicament contient de la méquitazine (anti-histaminique). D'autres médicaments contiennent de la méquitazine ou un autre antihistaminique. Ne les associez pas à votre traitement en cours, afin de ne pas dépasser la dose maximale recommandée (voir paragraphe "Comment prendre PRIMALAN"). Si vous devez prendre d'autres médicaments contenant cette substance ou d'autre antihistaminique, vous devez d'abord demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Vous ne devez jamais prendre PRIMALAN, sirop en même temps que certains médicaments pouvant donner des troubles graves du rythme cardiaque tels que :

- la quinidine, l'hydroquinidine, le disopyramide, l'amiodarone, le sotalol, le dofétilide, l'ibutilide, le bédipril, la dronédarone (médicaments contre les troubles du rythme cardiaque),
- l'artémimol (ou dihydroartémisinine), la pipéraqine (médicaments utilisés dans le traitement du paludisme),
- l'érythromycine intraveineuse, la spiramycine intraveineuse, la moxifloxacine, la vincamine intraveineuse, (antibiotiques),
- la mizolastine, le diphenhydramil (médicaments contre les allergies),

احتفظ بعيداً عن مرمى رؤية الأطفال



- le cinaicalcet (médicament utilisé pour traiter un mauvais