

# 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041130

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 528 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENOUHOU MOHAMED  
Date de naissance : 29/01/1942  
Adresse : 3, Rue Santa Bnouhouair, Esc B 3<sup>ème</sup> étage n°5  
Q Palmerie CASABLANCA  
Tél. : 0666880612 / 0522250700 Total des frais engagés : 328,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2020  
Nom et prénom du malade : BENOUHOU MOHAMED Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : aff. chro. O.R.L.  
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 17/02/2020  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
24/02/2020	an S		150,00 DAS	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-02-20	178,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

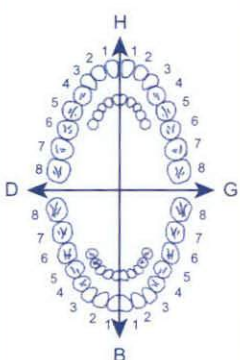
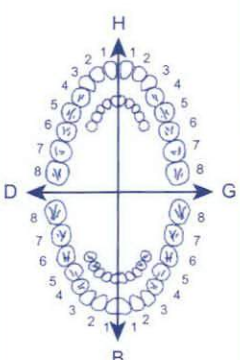
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane Benouhoud

Diplômée de la faculté  
de Médecine - Casablanca  
Médecine Générale

Nutritionniste

Médecin agréée par le Ministère de la santé  
Visite Médicale pour permis de conduire



الدكتورة إيمان بنوحود

خريجة كلية الطب  
الدار البيضاء  
الطب العام

إختصاصية في الحمية والتغذية  
طبيبة معتمدة من طرف وزارة الصحة  
الفحص الطبي لرخصة السياقة

Casablanca, le : 24/02/2020

MR BENOUHOUD MOHAMED

42107

1) predn 20  
3cp12

au milieu du petit dje

pdf 20

44107

2) ALER - 2

1cp12

PHARMACIE ANNASR  
HIND BENKOR  
Docteur en Pharmacie  
Assalam 13/ GH 4 El Oulfa  
Tél : 05 22 93 25 03 - Fax : 05 22 93 25 33

147g le so

65107

3) Docuvax sup

1 cà s x 3cp12 pdf 20

إقامات الرضا 6 GH رقم 4، العمارة 35، ( قرب الحاج فاتح ) الألفة - الدار البيضاء

Tél : 05 22 93 15 79

Résidences Arreda, GH 6, N°4 A 35 (près de haj Fateh) Hay El oulfa, - Casablanca -

u) Hunc X  
23.10 2 cp x 4



pd 378

**Docteur HANE BENCHOUD**  
Conseiller  
Mecrin Agrieo Par le Minisrre de Sante  
(Vente de Mdicaments pour l'Homme)  
Residence Mada, CHS km1, 2813  
Cordoba, 2813 19 19

178.10

**PHARMACIE ANNASR**  
**HIND MENKOR**  
Docteur en Pharmacie  
Assalam II 3/GH 4 El Oulfa  
Tel: 05 22 93 28 13 - Fax: 05 22 93 28 33

# Docivox

**Comprimé**  
Voie orale

**comprimé à sucer**

## FORMES ET PRESENTATIONS

Docivox comprimé à sucer :  
-Boîte de 10 - Boîte de 20

## PROPRIETES :

**Docivox** est une association synergique de propolis, phytoactifs et vitamine C dont le but est de protéger la gorge et les voies respiratoires :  
-Apaise et dégage les voies respiratoires -Adoucit la toux -Renforce les défenses naturelles.

- Propolis : la sphère d'action privilégiée de la propolis concerne l'ORL où elle permet très rapidement de nombreuses affections couramment rencontrées, plus particulièrement les infections respiratoires.
- Eucalyptus : remarquable décongestionnant respiratoire des muqueuses et des bronches.
- Echinacée : utilisée pour renforcer les défenses naturelles de l'organisme et aide à la guérison de la grippe ou le refroidissement (syndrome grippal).

## UTILISATIONS :

**Docivox** comprimé à sucer est spécialement formulé pour protéger la muqueuse et aider à la guérison des affections respiratoires.  
-Enrouements passagers.  
-Maux de gorge en cas de toux sèche d'irritation ou d'allergie.

**Docivox** procure une sensation de fraîcheur agréable et durable (gout original menthe, miel et citron).

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

1 comprimé à sucer 3 fois par jour.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants.

Tenir hors de la portée des enfants.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

## COMPOSITION :

propolis 80 mg, extrait d'eucalyptus (eucalyptus globulus) 50 mg, extrait sec d'echinacée (echinacea purpurea) 50 mg, extrait de gingembre (zingiber officinalis) 12 mg, acide ascorbique 60 mg, sorbitol, poudre miel, stéarate de magnésium végétal, silice colloïdale, thauamine, sucralose, acésulfame potassium, aspartame, arôme citron, menthol.

Autorisation ministère de la santé n° DA 20171612028DMP/20UCAv1

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واجدي صيدلي مسؤول



Laboratoires Deva Pharmaceutique  
JOUROU Pharmacia Desperceable



ml

OT: 190308  
DLUD: 07/2022  
69,0004

tout le monde.  
 raves ; cependant, en cas d'apparition,  
 et consulter votre médecin.

ent ou de l'aggravation par rapport à la prise  
 graves et angioedème (réaction allergique grave  
 gorge).

listes ci-dessous ne démontrent pas l'utilisation  
 000

000

de des données disponibles.

veau de la peau)

(e)  
 (s)  
 ruse, insomnie

(sanguines)  
 (ophtalmiques)

(es), dystonie (contraction musculaire  
 tensive (altération du goût)  
 (difficultés à voir de façon nette), oroses  
 dans les yeux)

quant un gonflement du visage et de la gorge),  
 nocturne, douleur et/ou difficultés à uriner)

(ent)  
 (inflammation de la vessie)  
 antérieures ci-dessus, veuillez en informer  
 allergies, arrêtez de prendre ALER-Z<sup>®</sup> 10  
 en évaluant la sévérité et demandez conseil

25 :

s après autorisation du médicament est  
 ue du rapport bénéfice/risque du médicament.  
 antérieures d'emploi

z conseil à votre médecin ; si nécessaire,  
 ologie adaptée sera déterminée par votre

que la cétirizine utilisée aux doses  
 tion sanguine de 0,5 pour mille (g)  
 ante donnée n'est disponible lors de la prise  
 ool. C'est pourquoi, comme avec tout autre  
 rse d'alcool avec ALER-Z<sup>®</sup> 10 mg.

Si vous devez subir des tests pour le diagnostic de l'allergie (test)  
 convient d'arrêter de prendre ce médicament au moins 3 jours av  
 peut en modifier les résultats. Demandez à votre médecin ou à l  
 réalisation des tests pour le diagnostic de l'allergie.

Enfants

Ne pas donner ce médicament aux enfants âgés de moins de 6  
 ne permet pas les ajustements de dose nécessaire.

- **Mentions relatives aux excipients à effet notoire.**

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patient  
 au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de  
 galactose (maladies héréditaires rares).

9. **Interactions**

- **Interactions avec d'autres médicaments :**

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, a  
 pouvez prendre tout autre médicament.

- **Interactions avec les aliments et les boissons :**

L'absorption de la cétirizine contenue dans ALER-Z<sup>®</sup> 10 mg, o  
 n'est pas modifiée par la prise concomitante d'aliments.

- **Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives.**

Sans objet.

10. **Utilisation en cas de grossesse et d'allaitement**

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou si vous  
 envisagez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant  
 de prendre ce médicament.

Comme pour d'autres médicaments, l'utilisation d'ALER-Z<sup>®</sup> 10 mg, comprimé pelliculé  
 séable doit être évitée pendant la grossesse. L'utilisation par inadvertance et/ou cours de  
 grossesse ne devrait pas avoir d'effet délétère sur le fœtus. Cependant, ce médicament  
 devra être administré uniquement si nécessaire et après avis médical.

La cétirizine passe dans le lait maternel. C'est pourquoi vous ne devez pas prendre ALER-Z<sup>®</sup>  
 10 mg, comprimé pelliculé séable pendant l'allaitement sans avoir demandé l'avis de votre  
 médecin.

11. **Les effets possibles du traitement sur la capacité à conduire un véhicule ou à  
 utiliser certaines machines**

Les études cliniques n'ont pas mis en évidence d'altération de la vigilance, du temps de  
 réaction ou de la capacité à conduire après administration d'ALER-Z<sup>®</sup> 10 mg, comprimé  
 pelliculé séable aux doses recommandées.

Cependant, si vous êtes susceptible de conduire un véhicule, de faire des activités  
 potentiellement dangereuses, ou d'utiliser des machines, vous devez travailler au préalable  
 votre réaction au traitement par ALER-Z<sup>®</sup> 10 mg, comprimé pelliculé séable.

Vous ne devez pas dépasser la dose recommandée.

12. **Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage**

Si vous avez pris plus d'ALER-Z<sup>®</sup> 10 mg, comprimé pelliculé séable que vous n'auriez dû :  
 Si vous avez pris plus de comprimés d'ALER-Z<sup>®</sup> 10 mg, comprimé pelliculé séable qu'il ne  
 décidera alors, si nécessaire, des mesures à prendre.

En cas de surdosage, les effets indésirables décrits ci-dessous peuvent apparaître avec une  
 intensité augmentée. Des effets indésirables tels que confusion, diarrhée, sensations  
 vertigineuses, fatigue, céphalée, sensation de malaise, dilatation des pupilles,  
 démangeaison, agitation, sédation, somnolence, stupeur, augmentation anormale du rythme  
 cardiaque, tremblements et rétention urinaire ont été rapportés.

13. **Conduite à tenir en cas de confusion d'une ou plusieurs doses**

Si vous oubliez de prendre ALER-Z<sup>®</sup> 10 mg, comprimé pelliculé séable,

ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée prendre.

14. **Mention, si nécessaire, d'un risque de syndrome de sevrage**

Si vous arrêtez de prendre ALER-Z<sup>®</sup> 10 mg, comprimé pelliculé séable,

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

- **Conditions de prescription et de délivrance**

Tableau C (liste II).

- **Précaution particulière de conservation**

Sans objet.

- **Tenir hors de la portée et la vue des enfants**

- **Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte**

- **Nom et adresse de l'EPI titulaire de l'AMM au Maroc**

LOT : 191558  
UT AV : 10/2022  
PPV : 44,00DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV :

# PREDNI® 20 COOPER

Comprimés effervescents sécables - Boîte de 20.

Prédisoluble

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'information 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.

## 1. COMPOSITION DU MEDICAMENT

### Principe actif:

Prednisolone ..... 20,00 mg

(Sous forme de méthasulfobenzate sodique de prednisolone : 31,44mg)

### Excipients:

Bicarbonate de sodium, Acide tartrique, Citrate monosodique anhydre, Saccharine sodique, Lactose monohydraté, Benzoate de sodium, Arôme orange-pamplemousse\* ..... q.s.p. un comprimé effervescent sécable.

\* Composition de l'arôme orange-pamplemousse : Huile essentielle d'orange, huile essentielle de pamplemousse, concentré d'orange, aldéhyde acétique, butyrate d'éthyle, citral, aldéhyde C6, linalol, terpinéol, acétate d'éthyle, maltodextrine, gomme arabique, sorbitol.

Excipients à effet notoire : Sodium, Sorbitol et Lactose.

## 2. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : H02AB06

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE

(H. Hormones non sexuelles).

Ce médicament est un corticoïde (également appelé anti-inflammatoire stéroïdien).

## 3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

Ce médicament est utilisé dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections inflammatoires ou allergiques.

A fortes doses, ce médicament diminue les réactions immunitaires et est donc également utilisé pour prévenir ou traiter le rejet des greffes d'organes.

## 4. POSOLOGIE

### Posologie

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée. Elle est strictement individuelle.

Le dosage de PREDNI® 20 COOPER est adapté si vous débutez un traitement ou si vous devez prendre un traitement sur une courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes.

Si vous devez prendre ce traitement sur une durée prolongée et à des doses inférieures à 20 mg par jour, il existe des dosages plus appropriés.

### Mode et voie d'administration

Ce médicament est utilisé par voie orale.

Vous devez dissoudre les comprimés dans un verre d'eau. Avalez le contenu du verre de préférence au cours du repas, en une prise le matin.

### Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

## Déclaration des

Si vous ressentez votre médecin d'effet indésirable

## 7. MISES EN PARTICULIER Avertissements

Ce médicament médicale.

Ce médicament moins de 10 kg nouveau-nés à prématurés traités, une échelle surveiller la structure

### Avant le traitement

• Si vous avez été

• Si vous avez eu

gros intestin, ou

problème d'intestin

• Si vous avez du

sang), ou une tension

• Si vous avez une

tuberculose),

• Si vos reins ou votre

foie ne fonctionnent pas

correctement,

• Si vous souffrez d'ostéoporose

(maladie des os avec une

fragilité des os) et de

myasthénie grave (maladie

des muscles avec fatigue

musculaire),

• Si vous souffrez de

sclérodémie (également connue

sous le nom de sclérose

systémique, un trouble

auto-immun), car des

doses journalières de 15 mg

ou plus peuvent augmenter le

risque de développer une

complication grave appelée

crise rénale sclérodermique.

Les signes d'une crise

rénale sclérodermique sont,

entre autres, une

augmentation de la

pression sanguine et une

diminution de la

production d'urine.

Votre médecin peut vous

conseiller de faire contrôler

régulièrement votre

pression sanguine et votre

urine,

• Si vous avez séjourné

dans les régions tropicale,

subtropicale ou le sud

de l'Europe, en raison du

risque de maladie

parasitaire.

• Si votre médecin vous a

informé(e) d'une

intolérance à certains

sucres, contactez-le avant

de prendre ce médicament.

• L'utilisation de ce

médicament est

déconseillée chez les

patients présentant une

intolérance au fructose

(maladie héréditaire rare).

• L'utilisation de ce

médicament est

déconseillée chez les

patients présentant une

intolérance au galactose,

un déficit en

lactase de Lapp ou un

syndrome de malabsorption

du glucose ou du

galactose (maladies

héréditaires rares).

• Ce médicament

contient du sodium.

A prendre en compte

chez les patients

contrôlant leur apport

alimentaire en sodium.

**Pendant et après le traitement :**

• Prévenez immédiatement

votre médecin si vous

ressentez des douleurs

au niveau des tendons

(reconnaissables par des

douleurs lors de

mouvements). En effet,

ce médicament peut

favoriser l'apparition

d'une atteinte des

tendons voire de

manière exceptionnelle

d'une rupture des

tendons.

• Ce médicament

peut également

entraîner la survenue

de crises liées à la

présence de

phéochromocytome

(tumeur des

glandes surrénales)

et pouvant mettre

votre vie en danger.

• Évitez le contact

avec les personnes

atteintes de la

varicelle ou de la

rougeole.

• Prévenez le

médecin que vous

prenez ou que vous

avez pris ce

médicament (pendant

une année après

l'arrêt du traitement)

si vous devez

vous faire opérer

ou si vous êtes

dans une situation

de stress (fièvre,

maladie).

• Votre médecin

pourra vous

conseiller de

suivre un régime,

en particulier

pauvre en sel,

en sucre et

riche en

protéines.

• Si le traitement

est prolongé,

votre médecin

vous prescrira

également un

apport en

calcium et

vitamine D.

• Contactez

votre médecin

en cas de

vision floue

ou d'autres

troubles

visuels.

**8. INTERACTIONS**

LOT N°:

UT. AV :

RPV :

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

42,00

# HUI

## RH

### COMPRIMÉS et GÉLULES

LOT 120 PER: 09/2022  
PV: 23,50 DH

Lisez attentivement cette notice car elle contient des informations importantes.

- Ce médicament est une spécialité d'AUTOMEDICATION qui peut être utilisé sans consultation ni prescription d'un médecin.
- La persistance des symptômes, l'aggravation ou l'apparition de nouveaux troubles, imposent de prendre un avis médical.
- Garder cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

#### COMPOSITION DU COMPRIME (pour le jour) :

Pour un comprimé

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

#### COMPOSITION DE LA GELULE ( pour la nuit) :

Pour une gélule

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

#### FORME PHARMACEUTIQUE :

Comprimé et gélule.

#### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTALGIQUE périphérique / ANTIPIRETIQUE  
SYMPATHOMIMETIQUE / DECONGESTIONNANT NASAL  
Par voie systémique  
ANTIHISTAMINIQUE H1  
(R : Système respiratoire)  
(N :Système nerveux central)

#### DANS QUEL CAS POUVEZ-VOUS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

#### ATTENTION !

#### DANS QUELS CAS NE DEVEZ-VOUS PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est contre- indiqué chez l'enfant (moins de 15 ans).

#### VOUS NE DEVEZ PAS PRENDRE ce médicament :

- en cas d'allergie à l'un des constituants,
  - en cas de maladie grave de foie
  - en cas de maladie grave du cœur ( hypertension artérielle sévère, angine de poitrine sévère),
  - en cas de risque de glaucome,
  - en cas de risque de rétention urinaire liée à des troubles uréthro-prostatique (difficulté à uriner),
  - en association avec l'iproniazide (IMAO non sélectif).
- Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin dans les cas suivants :
- en cas de traitement par la guanéthidine (antidépresseur),
  - pendant la grossesse, en cas de détresse fœtale ou d'hypertension artérielle maternelle,
  - pendant l'allaitement.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### MISES EN GARDES SPECIALES

NE LAISSER PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS.

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

#### PRECAUTIONS D'EMPLOI

En cas :

- d'écoulement nasal purulent,
  - de persistance de la fièvre
  - d'absence d'amélioration au bout de 4 jours de traitement, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN.
- Des précautions sont nécessaires :
- chez les personnes âgées
  - en cas de maladie du cœur ( notamment en cas d'angine de poitrine, hypertension artérielle) de maladie de la thyroïde (hyperthyroïdie), de maladie du foie, ou de maladie des reins, DEMANDEZ L'AVIS DE VOTRE MEDECIN AVANT DE PRENDRE CE MEDICAMENT, afin qu'il adapte votre traitement .
- En cas d'intervention chirurgicale prévue, il convient d'interrompre le traitement quelques jours auparavant et de prévenir l'anesthésiste.