

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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 canalaires, 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 canalaires.

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

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

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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000630

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00226 Société : 55435

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GHADDALI ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse : SALMIAT RUE 17 IM 35 App 3

CASABLANCA

Tél. : 0693 92 6579 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GHADDALI ABDELLAH Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

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

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

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

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

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

EN CAS D'URGENCE

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

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



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883-
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 438586

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
Matricule : Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : GADALI Fatma Age 5 0 5 Janv 2021
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 05 Janv 2021
Nature de la maladie : Diabète
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances
A Complète le 05 Janv 2021 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :

N° 438586



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05 Janv 2021 | | C | 201,00 | Dr Med BENCHEKROUN OMNIPRATICIEN Diplômé : Echographie, Radiologie Diplôme N° 70 Bloc 30 CASA Tél : 05 22 38 60 34 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
|--|------------------|-----------------------|
| | 05 01 2021 | 4 11,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des coefficients | Montant des honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICALES SALMIA Dr MAHI Zoubir N° 9, Bv. Aljoudane Salmia 4 Ben Madi CASA. Tél : 05 22 38 60 34 | 07/01/21 | B180 + PVC | 240,00 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du praticien | Dates des soins | Nombre | | | | Montant détaillé des honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

| SOINS DENTAIRES | Dents traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|--|--|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed BENCHEKROUN

OMNIPRATICIEN

Diplôme d'échographie
Générale (D.U) de Montpellier

Diplôme de Diabétologie
(D.U) de Montpellier

Membre de la société francophone
de Diabétologie S.F.D

Diplôme Universitaire
de diététique Médicale et Nutrition

Électrocardiogramme

Mme Fatna GADALI

Casablanca, le :

35,70 x 3

-Kardégic 160 mg

-Codoliprane n 2

-ketum gel

-Alyse 25 mg

-Eucarbon

-Kardégic

4.1. 80



AMM N°: 224/16 DMP/21/NNP

الدكتور محمد بنشكروون

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى
جامعة مونوبولي

دبلوم مرض السكري
جامعة مونوبولي

عضو الجمعية الفرانكفونية
لمرض السكري

دبلوم جامعي في الحماية
و طب التغذية

التخطيط الكهربائي للقلب

05 Janv 2021

الدار البيضاء، في :

1 sachet à midi 3 mois

1.....1.....1 cp

1.....1.....1 application

0.....1.....1 gelule

1.....1 au coucher

2 cp 6 fois

lot:

EXP:

PPV:

37843
05/2025
05/2025

3200

بلوك 36 ، رقم 70 شارع النيل سيدي عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 38 00 34

Loc 36, N° 70 Boulevard du Nil , Sidi Othmane - Casablanca – Tél : 0522380034

E-mail : benchekroun-mohamed@hotmail.com

05 Janv 2021

GADALI Fatma

HbA1c

PS

uricémie

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES SALIMA
N° 9, Boulevard Al Joulane, Salima 2
Dr. Zohir Mahi
Ben Misk Casablanca
Tél: 05 22 55 51 89



مختبر التحليلات الطبية السالمية

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES SALMIA

DR. ZOHIR MAHI

Ex. Biologiste à CHU-Casablanca



د. زهير ماحي

إحيائي سابق
بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

CASABLANCA le: 07/01/2021

FACTURE N° 0076/21

| | |
|----------------|-----------------------------|
| Médecin | Docteur MOHAMED BENCHEKROUN |
| Nom du patient | MME GADALI FATNA |
| Examens | - HBA1C- VS- AU |
| Cotation | B 180 |
| Montant | 240,00 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de: DEUX CENT QUARANTE DIRHAMS

LABORATOIRE D'ANALYSE MÉDICALES
SALMIA
Dr. MAHI Zohir
N° 9, Bv. Aljoulane Salmia 2 Ben Msik
Casa. Tél/ Fax: 05 22 55 51 89

Horaires d'ouverture : Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30, Le Samedi de 8h à 12h30

N°9, Boulevard Al Joulane, Salmia 2, Ben Msik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 55 51 89 - Email : laboratoire.salmia2@gmail.com

TE : 40438912 - INPE : 093061497 - ICE : 001621359000086 - Prélèvement à domicile sur RDV : 06 64 08 10 80 •



Gélule
Voie orale

Kalmaner

Deva
Pharmaceutique

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Valeriana officinalis L (extrait sec).....100 mg
Crataegus oxyacantha L (extrait sec).....100 mg
Passiflora incarnata L (extrait sec).....100 mg
Lavanda angustifolia (extrait sec).....50 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

FORME ET PRESENTATIONS

Gélule

Boîte de 15 / Boîte de 30

PROPRIETES

Kalmaner contient des actifs d'origine végétale ayant prouvé leur efficacité dans les états d'agitation, stress, nervosité et insomnies.

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Prendre 2 gélules trois fois par jour à avaler avec un grand verre d'eau en complément d'une alimentation variée et équilibrée

Ne pas dépasser la dose recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas utiliser chez l'enfant moins de 12 ans.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

**A CONSERVER DANS UN ENDROIT SEC ET FROID
GARDER HORS DE PORTÉE DES ENFANTS**

Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805318



Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle T1 Mellil, Casablanca

KETUM® 2,5%

Kétoprofène
Gel. Tube de 30 et 60g

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Kétoprofène 2,5 g

Excipients q.s.p. 100 g

(carbomères, éthanol, huile essentielle de lavandin, diéthanolamine, eau purifiée).

Forme et présentation

Tube de 30 g et de 60g

Classe pharmaco-thérapeutique

Anti-inflammatoire non stéroïdien en topique (M : Muscle et Squelette)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans), et de courte durée :

- des poussées d'arthrose des petites articulations,
- des tendinites,
- des traumatismes de type entorse bénigne (foulure), contusion,
- des lombalgies,
- des réactions inflammatoires des veines consécutives à une sclérose de varices.

ATTENTION!

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- à partir du 6^{ème} mois de la grossesse,
 - antécédent d'asthme à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
 - antécédent d'allergie cutanée au kétoprofène ou à l'acide tiaprofénique, au fénofibrate (médicament destiné à baisser le taux de cholestérol), à un produit solaire ou au parfum,
 - antécédent d'allergie à l'un des excipients,
 - sur peau lésée, quelle que soit la lésion: lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.
- Arrêtez immédiatement le traitement par KETUM 2,5%, gel, si vous développez une réaction cutanée après la co-application de produits contenant de l'octocrylène (l'octocrylène est un excipient contenu dans plusieurs shampoings, après-rasages, gels douche, crèmes, rouges à lèvres, crèmes anti-âge, démaquillants, laques pot

Pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt, ne pas s'exposer au soleil.

Mises en garde spéciales

Ce médicament est réservé à l'adulte (plus de 15 ans), en l'absence de contre-indication. L'exposition au soleil (même voilé) ou aux UVA des zones en contact avec le médicament peut entraîner des réactions de photosensibilisation.

Aussi, il est nécessaire :

1. de protéger les zones traitées par le port d'un vêtement durant toute la durée du traitement.
2. de procéder à un lavage soigneux et prolongé des mains après chaque application, et à l'absence de contact involontaire avec des zones susceptibles d'être exposées au soleil.

En cas d'apparition d'une réaction anormale de la peau pendant le traitement, arrêtez immédiatement le traitement et consultez votre médecin.

Respecter les conseils d'utilisation :

- ne jamais appliquer une dose supérieure à celle qui est recommandée (Cf. rubrique Posologie).
- ne pas appliquer sur une surface étendue du corps, respecter la fréquence et la durée de traitement préconisées par votre médecin.

Précautions d'emploi

F209004/04

LOT: 1013
PER: OCT 2023
PPV: 52 DH 80

Indications, contre-indications
KETUM 2,5% gel
Tube de 60 g



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

| | |
|---|-----------|
| Paracétamol..... | 400,00 mg |
| Phosphate de codeïne hémihydraté..... | 20,00 mg |
| (Quantité correspondant à codeïne base) | 15,62 mg |
| Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé. | |

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS
Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine, SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT. VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne.
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales.

22, 20
PPV 22DH20
PER 09/22
LOT 22438

Codoliprane® ○

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeïne 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

| | |
|---|-----------|
| Paracétamol..... | 400,00 mg |
| Phosphate de codeïne hémihydraté..... | 20,00 mg |
| (Quantité correspondant à codeïne base)..... | 15,62 mg |
| Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé. | |

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS
Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine, SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT. VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne.
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales.

22, 20
PPV 22DH20
PER 09/22
LOT 22438

Codoliprane® ○

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeïne 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217





KARDEGIC® 160mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI 

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable.

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

ACETYLSALICYLATE DE DL-LYSINE 288 mg (quantité correspondante en acide acétylsalicylique : 160 mg).

Excipients : Glycolle, arôme mandarine, glycyrrhizinate d'ammonium.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Poudre pour solution buvable; Sachet-dose ; boîte de 30.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications)

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus particulièrement destiné au traitement de certaines affections du cœur ou des vaisseaux, seul ou associé aux autres traitements prescrits par votre médecin.

Il ne devra pas être entrepris sans l'avis de celui-ci, seul juge de l'établissement et de la conduite de ce traitement.

3. ATTENTION

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- En cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution, •
- En cas d'allergie connue à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (telle qu'éruption cutanée ou asthme), •
- En cas de maladie hémorragique, •
- En cas de traitement concomitant par le méthotrexate, ou par les anticoagulants oraux (lorsque l'aspirine est prescrite à fortes doses (>3g/j), •
- En dehors

d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée, tout médicament à base d'aspirine est CONTRE-INDIQUE à partir du 6ème mois de la grossesse (cf. Grossesse et Allaitement).

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé sauf avis contraire de votre médecin, en cas de : - goutte, - règles ou saignements gynécologiques anormaux, - traitement concomitant par les anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou par l'héparine, les uricosuriques, ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j) (cf. rubrique Interactions médicamenteuses et autres interactions). L'allaitement est déconseillé pendant le traitement (cf. Grossesse et Allaitement).

b) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Il est important de signaler à votre médecin certains problèmes de santé ou situations : - maladie des reins, - asthme, - antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou d'hémorragies digestives, hypertension artérielle, - diabète, - port de stérilet.

L'aspirine augmente les risques hémorragiques et ceci dès les très faibles doses et même lorsque la prise date de plusieurs jours. Prévenir votre médecin traitant, le chirurgien, l'anesthésiste ou simplement votre dentiste au cas où un geste chirurgical, même mineur, est envisagé.

Ce médicament ne contenant pas de sodium (sel), il peut être administré en cas de régime désodé ou hyposodé.

c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

INTERACTIONS
LOT : 20F020
PER : 06 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6

NRE PLUSIEURS
EMENT TOUT
V OU A VOTRE
icoagulants
à faibles

d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j).



KARDEGIC® 160mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI 

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable.

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

ACETYLSALICYLATE DE DL-LYSINE 288 mg (quantité correspondante en acide acétylsalicylique : 160 mg).

Excipients : Glycolle, arôme mandarine, glycyrrhizinate d'ammonium.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Poudre pour solution buvable; Sachet-dose ; boîte de 30.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications)

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus particulièrement destiné au traitement de certaines affections du cœur ou des vaisseaux, seul ou associé aux autres traitements prescrits par votre médecin.

Il ne devra pas être entrepris sans l'avis de celui-ci, seul juge de l'établissement et de la conduite de ce traitement.

3. ATTENTION

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :
• En cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution, • En cas d'allergie connue à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (telle qu'éruption cutanée ou asthme), • En cas de maladie hémorragique, • En cas de traitement concomitant par le méthotrexate, ou par les anticoagulants oraux (lorsque l'aspirine est prescrite à fortes doses (>3g/j)), • En dehors

d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée, tout médicament à base d'aspirine est CONTRE-INDIQUE à partir du 6ème mois de la grossesse (cf. Grossesse et Allaitement).

Ce médicament NE DOIT GENERALEMNT PAS être utilisé sauf avis contraire de votre médecin, en cas de : - goutte, - règles ou saignements gynécologiques anormaux, - traitement concomitant par les anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou par l'héparine, les uricosuriques, ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j) (cf. rubrique Interactions médicamenteuses et autres interactions). L'allaitement est déconseillé pendant le traitement (cf. Grossesse et Allaitement).

b) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Il est important de signaler à votre médecin certains problèmes de santé ou situations : - maladie des reins, - asthme, - antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou d'hémorragies digestives, hypertension artérielle, - diabète, - port de stérilet.

L'aspirine augmente les risques hémorragiques et ceci dès les très faibles doses et même lorsque la prise date de plusieurs jours. Prévenir votre médecin traitant, le chirurgien, l'anesthésiste ou simplement votre dentiste au cas où un geste chirurgical, même mineur, est envisagé.

Ce médicament ne contenant pas de sodium (sel), il peut être administré en cas de régime désodé ou hyposodé.

c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

INTERACTIONS
LOT : 20F020
PER : 06 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6

NRE PLUSIEURS
EMENT TOUT
V OU A VOTRE
icoagulants
à faibles

d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j).



KARDEGIC® 160mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI 

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable.

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

ACETYSALICYLATE DE DL-LYSINE 288 mg (quantité correspondante en acide acétylsalicylique : 160 mg).

Excipients : Glycolle, arôme mandarine, glycyrrhizinate d'ammonium.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Poudre pour solution buvable; Sachet-dose ; boîte de 30.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications)

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus particulièrement destiné au traitement de certaines affections du cœur ou des vaisseaux, seul ou associé aux autres traitements prescrits par votre médecin.

Il ne devra pas être entrepris sans l'avis de celui-ci, seul juge de l'établissement et de la conduite de ce traitement.

3. ATTENTION

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- En cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- En cas d'allergie connue à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (telle qu'éruption cutanée ou asthme),
- En cas de maladie hémorragique,
- En cas de traitement concomitant par le méthotrexate, ou par les anticoagulants oraux (lorsque l'aspirine est prescrite à fortes doses (>3g/j)),
- En dehors

d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée, tout médicament à base d'aspirine est CONTRE-INDIQUE à partir du 6ème mois de la grossesse (cf. Grossesse et Allaitement).

Ce médicament NE DOIT GENELEMENT PAS être utilisé sauf avis contraire de votre médecin, en cas de : - goutte, - règles ou saignements gynécologiques anormaux, - traitement concomitant par les anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou par l'héparine, les uricosuriques, ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j) (cf. rubrique Interactions médicamenteuses et autres interactions). L'allaitement est déconseillé pendant le traitement (cf. Grossesse et Allaitement).

b) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Il est important de signaler à votre médecin certains problèmes de santé ou situations : - maladie des reins, - asthme, - antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou d'hémorragies digestives, hypertension artérielle, - diabète, - port de stérilet.

L'aspirine augmente les risques hémorragiques et ceci dès les très faibles doses et même lorsque la prise date de plusieurs jours. Prévenir votre médecin traitant, le chirurgien, l'anesthésiste ou simplement votre dentiste au cas où un geste chirurgical, même mineur, est envisagé.

Ce médicament ne contenant pas de sodium (sel), il peut être administré en cas de régime désodé ou hyposodé.

c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

INTERACTIONS
LOT : 20F020
PER : 06 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6

NRE PLUSIEURS
EMENT TOUT
V OU A VOTRE
icoagulants
à faibles

d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j).