

# 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.

## 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.

## Éducation :

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

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

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



Déclaration de Maladie  
N° M21- 070018

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8372 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 87154  
Nom & Prénom : ATRIB Fouza  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 06816644 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





## 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.

### Pathologie 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.

### Educations :

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.

### Maladie chronique :

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

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

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-626465

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8342 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ATBLB Fouzi

Date de naissance : 02/04/1966

Adresse : 7 Rue NASSER ADDINE Res AL JONCK, IN A APP AL MOCHT

Tél. : 066246606 Total des frais engagés : 393,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
C : 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
Fax : 05 22 25 13 00  
Email : zo2@live.fr

Date de consultation : 1 OCT 2021

Nom et prénom du malade : BELKASSE Abdelkader Age : 55

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

Nature de la maladie : Lombalgie

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-626465

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
es des ctes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
OCT. 2021	✓		150,000	INF : 09111412 Dr. ZEMMAMA O. LO 45, Bd. Bir Anzarane 05 22 25 03 73 01 14 99 8

OCT. 2021 ✓ 150000 INF: 0311412  
Dr. ZEMMAMA O. LO  
45 Bd. Bir Anzarane  
05 22 25 03 73  
01 14 99 8

EXECUTION DES ORDONNANCES		Fax : 05 44 22 22 22 Email : zol2@live.fr
Sachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/10/21	213.40

[illegible]

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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.

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

FIN  
D'EXECUTIONDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zemmama Omar Lotfi  
LAUREAT DE LA FACULTE  
DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامة عمر لطفي  
خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

1702.100.1

1 OCT. 2021

الدار البيضاء في

M. BELKASSE Abdelouahed  
37,00



1°) Acethiop

140,00 2 cp 2 x / j ap ps



2°) OFIKEN

1 gel 2 x / j ap ps

36,40

3°) Kopred 20

1 cp diluée 6 ml en 1 ps



243,40

Mme. Amal EL QABBAH  
Docteur en Pharmacie  
PHARMACIE DANTON  
47, Boulevard Bir Anzarane  
Tél : 0522 25 09 78 - Casablanca

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
C : 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
Fax : 05 22 25 13 00  
Email : zol2@live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

TEL : 05 22 25 03 73

Fax : 05 22 25 13 00

GSM : 06 61 14 99 86

E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45، شارع بئر انزاران الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 03 73

الفاكس : 05 22 25 13 00

المحمول : 06 61 14 99 86

البريد الإلكتروني : zol2@live.fr



**ACETHIO® 500 mg / 2 mg, comprimés, Boîte de 20**  
DCI : Paracétamol/Thiocolchicoside

**Pour les médicaments soumis à la prescription médicale :**  
«Veuillez lire attentivement l'intégralité de 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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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 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 ACETHIO® COMPRIMÉS, et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser ACETHIO® COMPRIMÉS ?
3. Comment utiliser ACETHIO® COMPRIMÉS ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ACETHIO® COMPRIMÉS ?
6. Informations Supplémentaires

## **1. QU'EST-CE QUE ACETHIO® COMPRIMÉS ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :**

Paracétamol : analgésique, antipyrétique. (Code ATC : N02BE01).  
Thiocolchicoside : myorelaxant. (Code ATC : M03BX05).

**Indications thérapeutiques :**

- Traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aiguë chez les adultes et les adolescents à partir de 16 ans.

## **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ACETHIO® COMPRIMÉS ?**

Liste des informations à connaître avant la prise du médicament  
Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

**Contre-indications :**

- Ne prenez jamais ACETHIO®, dans les cas suivants :
  - Si vous êtes allergique au thiocolchicoside et/ou paracétamol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
  - Si vous êtes allergique (hypersensible) au blé, en raison de la présence d'amidon de blé.
  - Si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte.
  - Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception.
  - Si vous allaitez.
- Insuffisance hépatocellulaire ou maladie grave du foie.
- Enfants de moins de 16 ans.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.  
FAITES ATTENTION AVEC ACETHIO® 500 mg / 2 mg.

**Mises en garde spéciales :**

Utiliser avec précaution en cas d'antécédents d'épilepsie ou de convulsions. La survenue de crise convulsive impose l'arrêt du traitement.

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (voir rubrique : Posologie).

**Précautions particulières d'emploi :**

En cas de diarrhée, de douleurs d'estomac, de nausées ou de

P.P.V. :

LOT :

EXP :

37,00

Avant de

vous ne prenez

paracétamol.

Prévenez votre médecin en cas de maladie du foie ou des reins ou d'abus d'alcool.

Prévenez votre médecin si vous prenez d'autres médicaments contenant du paracétamol.

En cas de problème de nutrition (malnutrition) ou de déshydratation, ACETHIO comprimés doit être utilisé avec précaution.

Ce médicament contient l'amidon de blé qui peut contenir des traces de gluten.

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).

**Enfants et adolescents :** N'administrez pas ce médicament aux enfants ou aux adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**Interactions avec d'autres médicaments :**

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique dans le sang ou un dosage de la glycémie.

ACETHIO peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATI- QUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

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

Sans objet.

**Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives :**

Sans objet.

**Grossesse et allaitement :**

Ne prenez pas ce médicament : \*si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte. \*Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception.

Ce médicament peut mettre en danger votre enfant. Ne prenez pas ce médicament si vous allaitez car il passe dans le lait maternel.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

**Sportifs :** Sans objet.

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

L'attention est appelée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les possibilités de somnolence liées à l'usage de ce médicament même si elles restent très rares.

Ce phénomène est accentué par la prise de boissons alcoolisées ou de médicaments contenant de l'alcool.

# Kopred®

Prednisolone

Veuillez 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 pharmacien.

## PRESENTATION

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 30 comprimés effervescent.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 20 comprimés effervescent.

## COMPOSITION

Substance active : Prednisolone

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, contient 5 mg de prednisolone (sous forme de méfosalofobenzoate de sodium).

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, contient 20 mg de prednisolone (sous forme de méfosalofobenzoate de sodium).

Excipients : KOPRED 5 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

**CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE**  
GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

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

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament est contre indiqué dans les situations suivantes :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## MISE EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### Mise en garde

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

### AVANT LE TRAITEMENT:

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire). Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique ( $\geq 1$  g par prise et/ou  $\geq 3$  g par jour) est à éviter.

### PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT:

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse

(exceptionnelle), et de rupture tendineuse.

## Précautions d'emploi

Pendant le traitement de suivre un régime, protéines.

Ce médicament contient du sodium. Prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

En cas de traitement prolongé, un apport en calcium et vitamine D vous sera prescrit.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent contient 8 mg de sodium.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent contient 32 mg de sodium.

Ce médicament contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de l'adulte ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique ( $\geq 1$  g par prise et/ou  $\geq 3$  g par jour).

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

## INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse  
Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

## Allaitement

L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

## SPORTIFS

Ce médicament contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

**EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES**

Sans objet.

## LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

KOPRED 5 mg et 20 mg, comprimé effervescent, contiennent du lactose et du sodium.

## POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DE TRAITEMENT

Posologie

**DANS TOUTS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDICIN.**

KOPRED 5 mg comprimé effervescent :

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

Elle est strictement individuelle.

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.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent :

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et 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.

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.

## Mode d'administration

Voie orale.

LOT : 5549  
UT.AV.12-23  
PPV:36DH40

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas.

## Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

## SURDOSAGE

Sans objet.

## INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement. Cependant, si vous omettez de prendre une dose, continuez le traitement normalement.

## RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

## EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, KOPRED comprimé effervescent est susceptible d'avoir des effets indésirables bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime. Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

Les plus fréquemment rencontrés sont :

- Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.
- Apparition de bleus.
- Elevation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.
- Troubles de l'humeur: excitation, euphorie, troubles du sommeil.
- Syndrome de Cushing: une prise de corticoïdes peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, une poussée excessive des poils.
- Fragilité osseuse: ostéoporose, fractures.
- Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés :

- Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale.
- Retard de croissance chez l'enfant.
- Troubles des règles.
- Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).
- Troubles digestifs: ulcère digestif, hémorragies et perforations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant.
- Fragilisation de la peau, retard de cicatrisation, acné.
- Confusion, convulsion, état dépressif à l'arrêt du traitement.
- Certaines formes de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil) et de cataracte (opacification du cristallin).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement ou via le centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

## CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité. Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise. Tenir hors de la portée de la vue des enfants.

## CONDITIONS DE DELIVRANCE

Liste I

## PEREMPTION

Ne pas utiliser KOPRED comprimé effervescent après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

## DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Août 2016

PHARMAX 5

Laboratoires Pharma 5

21 Rue des Asphodèles - Casablanca - Maroc  
Site de fabrication: Zone Industrielle Ouled Saleh - Boukoura - Maroc  
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

OT 211071 1  
EXP 04 23

**OFIKEN®**

Céfixime

Lisez attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

- Elle est importante sur votre traitement.
- Si vous avez des 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.

**DENOMINATION :**

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés.

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable.

**COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :**

**OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés**

Céfixime trihydrate, quantité correspondant à céfixime anhydre..... 200 mg

Excipients..... q.s.p un comprimé pelliculé.

**OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable**

Céfixime trihydrate, quantité correspondant à céfixime anhydre..... 100 mg

Excipients..... q.s.p 5 ml de suspension reconstituée.

**FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION :**

OFIKEN® 200 mg, comprimé pelliculé, boîtes de 8 et 16.

OFIKEN® 100 mg/5 ml :

Poudre pour suspension buvable en flacon de 30 ml soit 150 doses-kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 60 ml soit 300 doses-kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 100 ml soit 500 doses-kg

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :**

Antibiotiques de la famille des bêta-lactamines du groupe des céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Comprimé pelliculé :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des :

- Otites et sinusites aiguës,
- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Certaines infections urogénitales.

Poudre pour suspension buvable :

Ce médicament est indiqué chez l'enfant de plus de 6 mois, dans le traitement des :

- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Otites moyennes aiguës,
- Certaines infections urinaires.

**ATTENTION !**

**a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament ?**

Poudre pour suspension buvable et comprimé pelliculé :

- Allergie connue aux antibiotiques du groupe des céphalosporines, ou à l'un des excipients de ces médicaments.