

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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- 070017

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8372 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 87ASS

Nom & Prénom : ABIB Fouzia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 66846640 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : ABIB BEKAGE 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 OBTENIR 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.

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.

Prothèse 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0044285

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8372

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ATBIL Fouzi

Date de naissance : 01/01/1966

Adresse : 7 km Nasser ADDANE IN A App 17

NAAK-K

Tél. : 0668466044

Total des frais engagés : 397,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 21 SEP 2021

Nom et prénom du malade : ABIR BECKASSE

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : COVID 19

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° P19-044285

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21 SEP 2021			209.000	

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45 Bd. Bir Anzarane
C : 05 22 25 03 78
GSM : 06 61 14 99 86
Fax : 05 22 25 18 00
Email : zol2@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

21/09/21 197.40

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

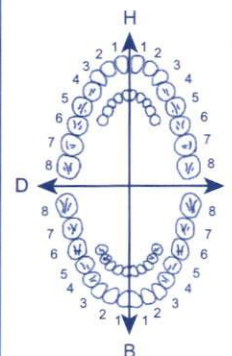
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 21 SEP. 2021 الدار البيضاء في

ABIR BELKASSE

7970x2

1°) ZITHRONAX 500

1800 1 cp / j pd 6 j

2°) Vita C 1000

7270 1 cp matin et midi avec repas pd 10 j

3°) Rinomicine

1 spray 3x/j

197.40

Mme Amal EL GABBAJ BAHRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47 Boulevard Bir Anzarane
Tél 0522 25 09 78 - Casablanca

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

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
E-mail : zol2@live.fr

45, شارع بئر أنزاران 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

UT AV. : 17 2 22

P.P.V.

79 7,0

ROMAX*



LOT N° : 123 456 789

omycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - POUDRE POUR SACHET - COMPRIMES

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

- Comprimé 500 mg, boîte de 3 comprimés
- Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml, 1 cuillerée mesure est égale à 5 ml équivalent à 200 mg.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- ZITHROMAX est un antibiotique de la classe des azalides, apparenté aux macrolides.
- ZITHROMAX est préconisé dans les infections ou surinfections bactériennes à germes sensibles.

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestations allergiques survenues lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
 - insuffisance hépatique,
 - antécédents allergiques,
 - manifestations cutanées à l'origine allergique,
 - prise concomitante d'autres médicaments,
 - grossesse,
 - allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.

UT AV : 17 2 22

P.P.V.

79 7,0

LOT N° : 123 1965

ROMAX*



omycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - POUDRE POUR SACHET - COMPRIMES

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

- Comprimé 500 mg, boîte de 3 comprimés
- Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml, 1 cuillerée mesure est égale à 5 ml équivalent à 200 mg.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- ZITHROMAX est un antibiotique de la classe des azalides, apparenté aux macrolides.
- ZITHROMAX est préconisé dans les infections ou surinfections bactériennes à germes sensibles.

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestations allergiques survenues lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
 - insuffisance hépatique,
 - antécédents allergiques,
 - manifestations cutanées à l'origine allergique,
 - prise concomitante d'autres médicaments,
 - grossesse,
 - allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.

بدون سكر اقراص فائتر.

® 1000

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 53

تسمية الدواء

فيتا س 1000® ، اقراص فائتر ، عليه تحتوي علي 10 اقراص
اقراص فائتر ، عليه تحتوي علي 20 اقراص (اثنيون من 10 اقراص)

فيتا س 1000® بدون سكر ، اقراص فائتر ، عليه تحتوي علي 10 اقراص

المرجو قراءة هذه النشرة بتمعن قبل تناول هذا الدواء لأنها تحتوي علي معلومات هامة بالنسبة لكم.
فيجب عليكم دائما تناول هذا الدواء تماما كما هو موضح في هذه النشرة أو من قبل طبيبك أو صيدليكم.
استفظوا بهذه النشرة ، قد تحتاجون قراءتها من جديد .
استشيروا مع صيدليكم للحصول علي أية نصيحة أو معلومة .
إذا وجهتم آثارا جانبي غير مرغوب فيها أو لاحظتم آثارا سلبية لم يرد ذكرها في هذه النشرة أخبروا
طبيبكم أو صيدليكم .
يجب استشارة صيدليكم في حالة شعوركم بأذى لحسن أو في حالة شعوركم أكثر سوءا .

ماذا تتضمن هذه النشرة

- 1- ما هو فيتا س 1000® اقراص فائتر و فيتا س 1000® بدون سكر اقراص فائتر وفي أية حالة يستعملان ؟
- 2- ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال فيتا س 1000® اقراص فائتر و فيتا س 1000® بدون سكر اقراص فائتر ؟
- 3- كيف يستعمل فيتا س 1000® اقراص فائتر و فيتا س 1000® بدون سكر اقراص فائتر ؟
- 4- ما هي التفاعلات غير المرغوب فيها المحتملة ؟
- 5- كيف يستعمل اقراص فيتا س 1000® اقراص فائتر و فيتا س 1000® بدون سكر اقراص فائتر ؟
- 6- معلومات إضافية .

1- ما هو فيتا س 1000® اقراص فائتر و فيتا س 1000® بدون سكر اقراص فائتر
وما هي الحالات التي يستعملان فيها ؟

الصف الصيدلي - العلاجي أو نوع الفعالية

حمض الأسكوربيك (فيتامين س) غير مرتبط ، رمز التصنيف التشريحي - العلاجي -
الكيميائي : AT1GA01

الاستعمالات العلاجية

يعتوي هذا الدواء علي فيتامين س .
يوصف هذا الدواء في حالة التعب العابر لدى البالغ والطفل ما فوق 15 سنة .
يجب استشارة طبيبك إذا لم تشعروا بأي تحسن أو إذا شعرتهم بتدهور حالتكم بعد شهر
من العلاج .

2 - ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل تناول فيتا س 1000® اقراص فائتر
وفيتا س 1000® بدون سكر اقراص فائتر ؟

إذا أخبركم طبيبك بعدم تحمككم لبعض السكريات ، فعليكم استشارته قبل تناول فيتا س
1000® ، اقراص فائتر .

- لا تتناولوا أبداً فيتا س 1000® اقراص فائتر و فيتا س 1000® بدون سكر
اقراص فائتر (موانع الاستعمال)

إذا كنتم تعانيون من حساسية (حساسية مفرطة) للمادة الفعالة أو لأحد المكونات الأخرى
لهذا الدواء

إذا كنتم مصابين بمرض بيلة الفينيل كيتون (مرض وراثي يتم الكشف عنه عند الولادة) ، و
ذلك بسبب وجود الأسبارتام (فيتا س 1000® بدون سكر اقراص فائتر)
إذا كنتم تأتون من قصور كلوي حاد (فشل شديد في وظائف الكلى)
إذا كنتم تأتون من حساسية في الكلى أو سبق أن عانيتم من ذلك
إذا كنتم تأتون من حساسية أكسالسيوم الكالسيوم (فرط أو كسالات البول)
إذا كان سنكم أقل من 15 سنة

كونوا حذرين عند تناول فيتا س 1000® اقراص فائتر و فيتا س 1000® بدون
سكر اقراص فائتر (تحذيرات واحتياطات خاصة بالاستعمال)

استشيروا طبيبك أو صيدليكم قبل تناول فيتا س 1000® اقراص فائتر و فيتا س 1000®

• **فيتا س 1000® اقراص فائتر و فيتا س 1000® بدون سكر اقراص فائتر**

إذا أراد الشخص أن يستمر بعد شهر واحد من العلاج أو إذا كان مصحوبا بأعراض غير
عادية ، فاستشيروا طبيبك أو صيدليكم .

• نظرا لتأثيره التحفيزي نسبيا ، فمن المستحسن عدم تناول فيتامين س في آخر النهار .
• يجب الأخذ بعين الاعتبار كمية الفيتامينات والمعادن المستهلكة من مصادر أخرى ، مثل
الأدوية ، والأطعمة المدعمة والمكملات الغذائية (خطر الجرعة الزائدة) .

• يزيد فيتامين س من امتصاص الحديد من قبل الجسم . إذا كنتم مصابين بداء ترسب
الصبغة الدموية (مرض وراثي يتميز بارتفاع نسبة الحديد) ، فاستشيروا طبيبك لأن
استخدام هذا الدواء يجب أن يخضع لاحتياطات صارمة .

• ينبغي أن يستعمل فيتامين س بحذر في حالة نقص الجلوكوز - 6 - فوسفات نازع
الدهيدروجين (مرض وراثي يسبب خلايا الدم الحمراء) ، لأن الجرعات العالية من فيتامين س
من (أكثر من 1 غرام يوميا) تزيد من خطر ظهور فقر الدم الانحلالي (تدمير خلايا الدم
الحمراء) .

• قد يؤثر فيتامين س على نتائج بعض التحاليل البيولوجية ، بما في ذلك اختبارات مراقبة
جلوكوز الدم والبول ، أخبروا طبيبك إذا كنتم تعتمدون القيام بتحليل بيولوجية .

• **فيتا س 1000® اقراص فائتر**

يعتوي هذا الدواء علي 307 ملغ من الصوديوم لكل قرص فائتر . لذا يجب الأخذ هذا
بعين الاعتبار لدى المرضى الذين يعانون استهلاكهم الغذائي من الصوديوم .
نظرا لوجود السكاووز ، لا ينصح باستخدام هذا الدواء لدى المرضى الذين لا يستطيعون
تناول الفركتوز ، والذين يعانون من متلازمة سوء امتصاص الجلوكوز والجالاكتوز ، والذين
يعانون من نقص السكرانز / إيزومالتاز (أمراض وراثية نادرة) .

• يعتوي هذا الدواء علي 441,5 ملغ من السكاووز لكل قرص فائتر والتي يجب أخذها
بعين الاعتبار في الحصة الغذائية اليومية في حالة اتباع نظام غذائي منخفض السكر أو إذا
كنتم مصابين بداء السكري .

• يعتوي هذا الدواء علي عامل تلويث أزيوك (أصفر برتقالي S E110) قد يسبب
حساسية .

• **فيتا س 1000® بدون سكر اقراص فائتر**

يعتوي هذا الدواء علي 377,3 ملغ من الصوديوم لكل قرص فائتر . لذا يجب الأخذ هذا
بعين الاعتبار لدى المرضى الذين يعانون استهلاكهم الغذائي من الصوديوم .
• يعتوي هذا الدواء علي 2,24 ملغ من السكرانز لكل قرص فائتر . يستعمل الأسبارتام علي
الفينيل كيتون ، وهو اضطراب وراثي نادر يتصف بتراكم الفينيل الأتيني والذي لا يمكن
التخلص منه بشكل صحيح .
• يعتوي هذا الدواء علي عامل تلويث أزيوك (أصفر برتقالي S E110) قد يسبب
حساسية .

• **الأطفال والمراهقون**

لا شيء .

• **تتاول أو يستعمل اقراص (تفاعلات مع أدوية أخرى)**

أخبروا طبيبك أو صيدليكم إذا كنتم تتناولون ، أو إذا تتناولتم مؤخرا أو قد تتناولون أي أدوية
أخرى .
يعتوي هذا الدواء علي فيتامين س . هناك أدوية أخرى أيضا تحتوي علي . لا تتناولوا
الأدوية التي تحتوي علي فيتامين س مما حتى لا تتجاوزوا الجرعات القصوى الموصى بها .

• **المواد الغذائية والمشروبات (تفاعلات مع المواد الغذائية والمشروبات)**

يجب أن تأخذوا بعين الاعتبار كمية الفيتامينات والمعادن التي تحتوي عليها الأطعمة
المدعمة والمكملات الغذائية .

• **الاستعمال أثناء الحمل والرضاعة - الخصوصية**

إذا كنتم حاملا أو مرضعا ، إذا كنتم تشكين في حمل أو تخططين له ، استشيروا طبيبك أو
الصيدلاني قبل تناول هذا الدواء .

• **الحمل**

كجاءه وقاتي ، من الأفضل تجنب استخدام فيتامين س أثناء الحمل .

• **الرضاعة**

يعر فيتامين س في حليب الأم . ليس هناك بيانات كافية عن تأثيرات فيتامين س لدى
الأطفال حديثي الولادة / الرضع . لذلك ، من الأفضل تجنب استعمال فيتامين س أثناء
الرضاعة .

• **الخصوصية**

لا توجد بيانات حول تأثيرات فيتامين س على الخصوصية البشرية .

• **التأثيرات على القدرة على القيادة أو استخدام الآلات**

RINOMICINE®

Poudre pour solution orale

COMPOSITION :

Chaque sachet de poudre contient :

Chlorphénamine maléate.....	4 mg
Phényléphrine chlorhydrate.....	6 mg
Salicylamide.....	200 mg
Paracétamol.....	400 mg
Caféine.....	30 mg
Vitamine C.....	300 mg
Excipients q.s.p.....	10 g
Excipients à effet notoire : saccharose, jaune orangé S.	

PROPRIÉTÉS :

Elles procèdent de l'activité de ses principaux composants :

- La Chlorphénamine maléate, antihistaminique H1, agit par inhibition de la sécrétion nasale.
- La phényléphrine chlorhydrate, alpha-sympathicomimétique, contribue à la décongestion et à la libération des voies respiratoires.
- Le paracétamol et le salicylamide agissent en synergie en tant qu'antalgique et antipyrétique.
- La caféine agit comme stimulant général et atténue l'effet sédatif et la somnolence liés à la chlorphénamine.
- La vitamine C agit comme anti-oxydant, aide à la défense de l'organisme et contribue avec la caféine à un état de bien-être du patient.

INDICATIONS :

Rinomicine® est indiqué dans le traitement symptomatique des :

- Etats grippaux : rhume, congestion nasale, catarrhe nasal et éternuement.
- Etats fébriles : fièvre, courbatures, refroidissement, douleurs modérées ou élevées (telles que maux de tête).

CONTRA-INDICATIONS :

Ces médicaments sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de 15 ans et en cas notamment :

- D'hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée ;
- D'antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'AVC, en raison de l'activité sympathomimétique alpha du vasoconstricteur ;
- D'insuffisance coronarienne sévère ;
- D'antécédents de convulsions ;
- D'hypersensibilité à l'un des composants ;
- D'adénome de la prostate ;
- De glaucome ;
- D'insuffisance hépatocellulaire ;
- D'insuffisance rénale ;
- D'ulcère gastroduodénal ;
- D'antécédent d'hémorragies digestives liées à la prise de l'acide acétylsalicylique et/ou un anti-inflammatoire non stéroïdien ;
- Au troisième trimestre de la grossesse ;
- D'asthme.

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

EFFETS SECONDAIRES :

Peu fréquent : sensation légère de sécheresse de la bouche.

Rarement : éruptions cutanées, troubles hématologiques.

SIGNALER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Réservé uniquement à l'adulte.

Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence du paracétamol et du salicylamide dans la composition d'autres médicaments.

Chez l'adulte de plus de 50 Kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g par jour.

En cas d'ulcère gastroduodénal, d'hémorragie digestive, de traitement anticoagulant associé, de traitement prolongé ou à forte dose, d'asthme, de diabète, d'insuffisance rénale, une surveillance médicale régulière est nécessaire.

Pendant la durée de traitement l'absorption d'alcool est déconseillée.

Ce médicament contient du saccharose, son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrose isomaltase.

Tenir compte dans la ration journalière de la teneur en saccharose (8 g par sachet). Il est inutile et potentiellement dangereux d'associer entre eux deux médicaments contenant des vasoconstricteurs.

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

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Rinomicine® est déconseillé chez la femme enceinte et allaitante. Toutefois en cas de nécessité, son administration pendant la grossesse et l'allaitement sera possible sous surveillance du médecin traitant ou du pharmacien.

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.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale.

Réservé uniquement à l'adulte.

Débuter le traitement par un sachet toutes les 6 heures puis continuer par 1 sachet toutes les 8 heures. Sans dépasser 3 sachets par jour.

Diluer le contenu d'un sachet dans un verre d'eau, bien mélanger et boire immédiatement.

La posologie maximale journalière ne doit pas être dépassée.

DURÉE DU TRAITEMENT

La durée maximale de traitement ne doit pas excéder 5 jours.

CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

Ne pas dépasser la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

Ne pas laisser à la portée des enfants.



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
21, Rue des Asphodèles - Casablanca