

**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

- 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 065248

90326

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2939 Société : DAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ALLAHIA OMAN
 Date de naissance : 1-1-1947
 Adresse : HAY WAFI9 Me EL JAWHAR NO 115
 Tél : 662497200 Total des frais engagés : Dhs

MUPRAS RECEPTION 9

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/2021
 Nom et prénom du malade : ALAKH Fatiha Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : epigastrique
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 21/10/21

MUPRAS 01 NOV. 2021

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
15/10/21	CA		150,00	
22/10/21	CA			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/10/21	286,60 JH
	22/10/21	296,10 JH

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D		B																									
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
(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 Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

Berrechid, le :

15-10-2024

الدكتورة منى تميم

الطبيبة العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

برشيد، في

ALaknia Fatima

32.10
2024

5 NEXIUM 40

1yl 4 2/3 tabl
pms 1 8/8 tabl

Pharmacie TAMIM
Lotissement Mouna Lot N° 363
Tél : 0522 32 44 55

32.10 2 Pyrosal 2
100

LOT : 21019 PER: 01/2024
PPV: 44,00 DH

44.10 3) cinel
18 19

LOT : 6621
UT. AV : 01-26
P.P.V : 45 DH 90

45.10 4) Sachet 2
1 Sachet 2

0676.45.48.49 - المحمول : 0522.32.44.55 - الهاتف :
41, Rue "Moussa Ibnou Ziad I" Etage Berrechid - Tél.: 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

0522 32 44 55
0676 45 48 49

المستشفى
الطبي
العام
ببرشيد
0522 53 43 44
0522 53 43 44
برشيد

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®

signe de dépôt - Marquage de dépôt
Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 32,50 DH



6 118000 191537

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne
Echographie
Médecine du Travail
Diplômée de l'Université
de Rennes en France
ICE : 00202778400027

Berrechid, le :

22-10-2019

الدكتورة موني تميم
الطب العام
الفحص بالصدى
طب الشغل
حاصلة على الدبلوم
من جامعة "رين" بفرنسا
N°PE : 061173340

ALahia Fatima

79-70-2880
AZIA

AZIA

1888
1888
1888

4480

1888

4290

ZINSTEIN

1888

27-70

1888

22-70

1888
0676.45.48.49 : المحمول : 0522.32.44.55 : الهاتف :
الطابق الأول برشد -
41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrechid - Tél.: 0522.32.44.55

DOCTEUR MOUNA TAMIM
41 RUE TARIQ IBNOU ZIAD 1^{er} ETAGE
BERRECHID TEL: 0522 32 44 55
06 76 45 48 49
DOCTEUR MOUNA TAMIM
OMNIPRATICIENNE
41 RUE TARIQ IBNOU ZIAD 1^{er} ETAGE
BERRECHID TEL: 0522 32 44 55
06 76 45 48 49

شارع
المستورد والمستوردة
المستوردة والمستوردة
522 53 43 14 : الهاتف

Liste II - List II - II
لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma
AMNI N° 17116 DMP/21/NNPR



6 1180 01 272228

PPV : 20,90 DH

20190
6) VIT D Ben
1888

24.4.07)
6.80

Levothyrox 100
188
Levothyrox 25
188
Levothyrox 25
188

296150

DOCTEUR MOUINA TAMIM
OMNI-PHARMACIEN
41 RUE RAHMANIYAH
BERRECHID TEL: 0522 3244 55
06 76 49 48 49

صيدلية الزهراء
شارع الشرف الثاني
المستعمرة الجديدة
الرقم 63-65
الهاتف : 0522 53 43 14 - برشيد

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

Liste II - Uniquement sur ordonnance
6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

En cas d'infection par la bactérie du duodénum appelée *Helicobacter pylori*, traitement de l'ulcère du duodénum et prévention de la récurrence de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum.

- Adultes et jeunes gens âgés de 12 ans ou plus : la dose usuelle est d'un comprimé d'INEXIUM 20 mg deux fois par jour pendant 7 jours (cette durée peut attendre 14j chez l'adolescent).
- Votre médecin vous demandera des antibiotiques par exemple de l'amoxicilline et de la claritromycine.

Traitement des ulcères de l'estomac :

- Adultes âgés de plus de 18 ans : un comprimé d'INEXIUM 20 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Prévention des ulcères associés à l'aspirine :

- Adultes âgés de plus de 18 ans : un comprimé d'INEXIUM 20 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Traitement de l'excès d'acide gastrique :

- Adultes âgés de plus de 18 ans : un comprimé d'INEXIUM 20 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Si vous avez pris plus d'INEXIUM 20 mg, comprimé gastro-résistant que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre INEXIUM 20 mg, comprimé gastro-résistant :

- Prenez-le dès que possible. Cependant, si vous êtes à proximité du moment de prendre la dose suivante, ne prenez pas la dose que vous avez oubliée, mais poursuivez votre traitement normalement.
- Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, INEXIUM 20 mg, comprimé gastro-résistant est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Si vous remarquez l'un de ces effets indésirables graves, arrêtez de prendre INEXIUM et contactez un médecin immédiatement :

- Apparition soudaine d'une respiration sifflante, gonflement des lèvres, de la langue, de la gorge ou du corps, éruptions cutanées, perte de connaissance et difficultés à avaler (réactions allergiques graves).
- Rougeurs de la peau avec des bulles ou une desquamation. Parfois, les bulles peuvent être importantes et s'accompagner d'un saignement au niveau des lèvres, des yeux, de la bouche, du nez ou des parties génitales. Ceci peut correspondre à un syndrome de Stevens-Johnson ou à une destruction toxique de la peau.
- Jaunisse, urines foncées et la fatigue peuvent être des symptômes d'une maladie du foie.



le d'anti-inflammatoires non stéroïdiens

un comprimé d'INEXIUM 20 mg une fois par jour

ammatrices non stéroïdiens

n comprimé d'INEXIUM 20 mg une fois par jour.

syndrome de Zollinger-Ellison.

l d'un comprimé d'INEXIUM 40 mg deux fois par jour.

aitement en fonction de vos besoins. La dose maximale est

effets sont rares et sont observés chez moins de 10 personnes sur 10000.

3. كيف تستعمل إينكسيوم 20 ملغ، قرص واحد لحموضة المعدة ؟

تدخين يفكون من عدم تفهم استعمورك قرص واحد، غيرت طبيبتك بعد فهم تفهم أنواع السكر، استشيرته قبل تناول هذا الدواء.

• يرجى التيقن الصارم بوصفة الطبيب فيما يخص تناول إينكسيوم. إسأل طبيبك أو الصيدلي إذا لزم الأمر
• لا يتصح إينكسيوم قرص لمعالجة الأطفال أقل من 12 سنة
• إذا كنت تتناول هذا الدواء منذ فترة طويلة (خاصة منذ أكثر من سنة)، من الضروري أن يقوم طبيبك برصد حالتك.

عند وصف العلاج "عند الطلب" بحسب الحاجة، يجب عليك الاتصال بطبيبك إذا استمرت الأعراض أو تفاقمت.

طريقة الاستعمال

يمكنك تناول الأقراص فوراً
يمكنك تناول الأقراص مع
يجب بلع الأقراص مع كأس
الأقراص. تتكون الأقراص من
الأحماض في المعدة و ر

ما العمل إذا كان لديك

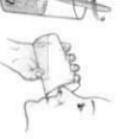
إذا كان لديك صعوبة
ضع قرص في كأس من
لا تستعمل أي سوائل أو
حرك حتى يتحلل قرص (المرجع لا يتصح
ثم اشرب المزيج الذي يحتوي على حبيبات صغيرة فوراً أو في غضون 30 دقيقة.
يجرب باستمرار قبل الشرب.
لتناول الدواء، أكتمله، اغسل الكأس بإضافة مضمون نصف كوب من الماء و اشربه. يجب بلع كل الحبيبات دون مضغها أو سحقها.
بالنسبة للمرضى الذين لديهم صعوبة في البلع: يمكن تجريد الأقراص في الماء و تناولها بواسطة مسبار للمعدة.

المقادير

• سيحدد الطبيب عدد الأقراص التي يجب تناولها و مدة العلاج. يعتمد هذا الأمر على حالتك الصحية
• سنك، و طائف الكبد الخاصة بك.
• الجرعات المعتادة مذكورة أدناه

علاج أعراض الحماض المعدني المريضي (العرق و الحماض)

البايعين والأطباء فوق 12 سنة:
• إذا قام الطبيب بتشخيص التهاب المريء، تكون الجرعة المعتادة 40 ملغ من إينكسيوم مرة واحدة
اليوم لمدة 4 أسابيع. وقد يكون من الضروري إضافة 4 أسابيع من العلاج للوصول للحماض، كما
الجرعة المعتادة بعد الشفاء من المريء، هو قرص واحد مرة في اليوم.
• في حالة عدم ظهور التهاب من المريء، تكون الجرعة المعتادة قرص واحد من إينكسيوم 20 ملغ
مرة واحدة في اليوم. بمجرد التحكم في الأعراض، قد يوصي طبيبك أن تأخذ قرص واحد من
إينكسيوم 20 ملغ مرة في اليوم اعتماداً على احتياجاتك.



الاص

سحق
في الدواء، من
للتلف.

Omiz[®]

Oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélule

PRESENTATIONS :

OMIZ[®] 20 mg : Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules
Boîte de 28 gélules

OMIZ[®] 10 mg : Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules
Boîte de 28 gélules

COMPOSITION :

OMIZ[®] 20mg
Oméprazole.....20 mg
Excipients q.s.p.....1 gélule
Excipient à effet notoire : saccharose

COMPOSITION :

OMIZ[®] 10mg
Oméprazole.....10 mg
Excipients q.s.p.....1 gélule
Excipient à effet notoire : saccharose

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

INDICATIONS :

- Chez l'adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale,
- Ulcère duodénal évolutif,
- Ulcère gastrique évolutif,
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien,
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien,
- Syndrome de Zollinger-Ellison,
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induit

65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquel

- Chez l'enfant à partir d'un an : Œsophagite érosive

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament
 - En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (mé
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER

MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients atteints de galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques).

Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du tube digestif.

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

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS :

Ce médicament peut interagir avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament vendu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.



Veillez 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 d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.



CARDIOASPIRINE®

100 mg, comprimés gastro-résistants

Dans cette notice :

1. Qu'est ce que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?
3. Comment prendre CardioAspirine 100 mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CardioAspirine 100 mg ?
6. Informations supplémentaires

1. QU'EST CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

CardioAspirine contient comme principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à doses réduites déjà, l'agrégation des plaquettes sanguines. Grâce à un enrobage résistant à l'acidité gastrique, le comprimé ne se dissout que dans l'intestin grêle. C'est pour cette raison que CardioAspirine ménage la muqueuse gastrique.

CardioAspirine ne doit être pris que selon la prescription du médecin.

CardioAspirine est indiqué pour :

- la prévention des thromboses artérielles après des opérations sur les :
suppression d'une sténose des artères coronaires);
- la prévention des attaques cérébrales, suite à l'apparition de signes précoces (accidents vasculaires cérébraux, AVC);
- la prévention des thromboses artérielles (caillots sanguins dans les vaisseaux)
infarctus (prophylaxie secondaire de l'infarctus);
- la prévention de l'infarctus du myocarde chez les patients chez lesquels le médecin a constaté un risque élevé. Les affections concomitantes telles que hypertension artérielle, diabète sucré, etc., doivent également être traitées. De plus, il faut arrêter de fumer;

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Age et

iques



6 118001 090280

ZINASKIN®

(Sulfate de Zinc)

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés effervescents.

COMPOSITION QUALITATIVE :

Sulfate de zinc monohydrate 123,5 mg
(correspondant à 45 mg de zinc métal)

Excipient : acide citrique, bicarbonate de sodium, sorbitol, benzoate de sodium, polyoxyéthylène glycol 4000, saccharine sodique, cyclamate de sodium, saccharose, arôme citron-menthe, arôme caramel, qs 1 comprimé effervescent.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Oligo-élément.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Acné
- Séborrhée - Pelade - Chute de cheveux
- Psoriasis
- Aphotose - Grande aphotose buccale
- Eczéma atopique
- Ulcères des jambes
- Acrodermatite entéropathique.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Ulcère gastrique ou duodéal évolutif

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDICÉ DE CONSULTER VOTRE
MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

Risque de chélation dans le tube digestif

- Tétracyclines
- Médicaments à base de calcium
- Pansements gastriques alcalins
- Aliments à forte teneur en acide (sauf les légumes à feuilles vertes et les céréales riches en fibres)

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES, IL FAUT SIGNER VOTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE PHARMACIEN

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :

Saccharose, sorbitol, sodium cyclamate, cyclamate de sodium, saccharine sodique, polyoxyéthylène glycol 4000, acide citrique, bicarbonate de sodium, arôme citron-menthe, arôme caramel, qs 1 comprimé effervescent.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

a - Posologie :

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE

ZINASKIN®

PPV 400190

EXP 06/2024
LOT 15079 1

ZINASKIN® 45 mg
20 comprimés effervescents

scnt

إغلق الآ

nts

ori

y place.



6 118000 032090

VITAMINE C® GALENICA 1g

Acide ascorbique

Comprimé effervescent, Boite de 10 et de 20

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- 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 devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 1 mois de traitement

Que contient cette notice :

1. QU'EST-CE QUE VITAMINE C®, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE VITAMINE C® ?
3. COMMENT PRENDRE VITAMINE C® ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER VITAMINE C® ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE VITAMINE C® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :

ACIDE ASCORBIQUE (VIT C)

Indications thérapeutiques :

Ce médicament contient de la vitamine C. Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans.

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 1 mois de traitement.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE VITAMINE C® ?

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 VITAMINE C® :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Grossesse : Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de VITAMINE C®, pendant la grossesse.

Allaitement : La vitamine C passe dans le lait maternel. Il n'existe pas de données suffisantes sur les effets de la vitamine C chez les nouveau-nés/nourrissons. Par conséquent, il est préférable d'éviter l'utilisation de VITAMINE C® pendant l'allaitement

Fertilité : Il n'existe pas de données relatives aux effets de VITAMINE C® sur la fertilité humaine.

Sportifs : Sans objet.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines :

VITAMINE C® n'a aucun effet ou qu'un effet négligeable sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines.

Liste des excipients à effet notoire :

VITAMINE C, comprimé effervescent contient jaune orange S (E110), sodium, saccharose.

3. COMMENT ?

Veillez à toujo

instructions de d

Vérifiez auprès

Posologie :

Réservez à l'adulte

La dose recom

Mode et voie d

Voie orale.

Le comprimé de

Durée du traite

La durée du trai

Si vous avez p

Les symptômes

troubles gastro

vomissements.

La consommation

/ jour) peut ag

tissulaires che

A doses supéri

digestifs (brûlures

gastro-intestina

troubles rénaux

et urinaires (calculs

rénaux, insuffisance

rénales, nécrose

tubulaire aiguë) ;

hémolyse (destruction

VITAMINE C 1g

Boite de 10 comprimés effervescents

P.P.V. : 14,80 DH



بحفظ بعدا عن الحرا
de la chaleur et de l'humidité.

exactement les
ou pharmacien.
toute.

10 :
ant inclure des
usées et des
ue (> 500 mg
des lésions

Si vous oubliez de prendre VITAMINE C®, peuvent survenir des troubles digestifs (brûlures gastriques, diarrhée) ; troubles rénaux et urinaires (calculs rénaux, insuffisance rénale, nécrose tubulaire aiguë) ; hémolyse (destruction des globules rouges) chez les sujets déficients en glucose-6-phosphate déshydrogénase (enzyme spécifique des globules rouges).

Si ces symptômes apparaissent, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre VITAMINE C® :

Ne prenez pas de dose double pour compenser le comprimé que vous avez oublié de prendre.

AZIX®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

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

MISES 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 manifestation allergique survenue 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 d'origine allergique, prise concomitante d'allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements;
- Manifestations allergiques; prurit,

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.
Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).

PPV: 79DH70
PER: 08/24
LOT: K2171

AZIX® 500 mg ○
Azithromycine
3 Comprimés sécables



82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

bot

صيد
للکسر

AZIX®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

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

MISES 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 manifestation allergique survenue 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 d'origine allergique, prise concomitante d'allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements;
- Manifestations allergiques; prurit,

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.
Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).

PPV: 79DH70
PER: 08/24
LOT: K2171

AZIX® 500 mg ○
Azithromycine
3 Comprimés sécables



82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

bot

صيد
للکسر