

# COMMANDEMENTS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

7.30

## ns générales :

adre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
adre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
ntente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,  
ractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi  
e pour tous les actes effectués en série.  
cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

ins.

## macie :

es 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.

## ique :

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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0060808

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SAISSI Halima  
Médecine Générale  
701 Bd Oued Dahab, Jamila 4  
Cité Djemaâ - Casablanca  
Tél: 05 22 38 55 00

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° : RA-215/2019



# 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
29/01/21	C	1	150	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	09.02.21	31770

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

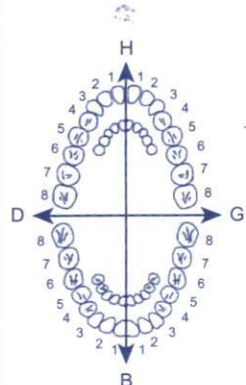
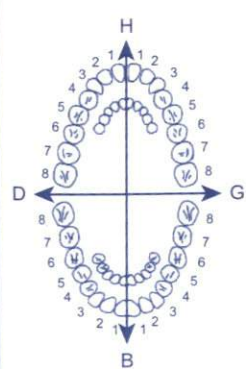
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	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 SAISSI Halima

Médecine Générale

Pose stérilet

Diplôme de nutrition  
et Diabétologie



الدكتورة السائسي حليلة

الطب العام

وضع اللولب

خبيرة التغذية

وداء السكري

Docteur SAISSI Halima  
Casablanca, le 20/11/2024  
701 Bd Oued Dahab, Jamila 4  
Cité Djemaâ - Casablanca  
Tél: 05 22 38 55 00

Amr Abdelrahim

Ne gaffloz pas

1 yr = 2 yr

12/40 d m a a l p

1 yr y

4200 omiz 20

1 yr y

57/10 Brexin st

1 st y

9700 Solu d l u o

2 27 y

PHARMACIE DADI  
701 Bd Oued Dahab, Jamila 4  
Cité Djemaâ - Casablanca  
Tél: 05 22 38 55 00

3/7/20

24-7-24

Docteur SAISSI Halima  
Médecine Générale  
701 Bd Oued Dahab, Jamila 4  
Cité Djemaâ - Casablanca  
Tél: 05 22 38 55 00

# NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**SOLUMEDROL 20 mg/2 ml,**  
Ivophyllisat et solution pour usage parentéral

**SOLI**

Ivophyllisat

Hémisu

**Veuillez lire attentivement  
d'utiliser ce médicament  
Informations**

• Cardex cet  
relire.

• Si vous avez  
médecin, v

• 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 vous ressentez un quelconque effet indésirable,  
parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou  
votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet  
indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette  
notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution  
pour usage parentéral et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant  
d'utiliser SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution pour

ومتناول الأطفال  
يرجى قراءة النشرة بعناية قبل استخدام  
هذا الدواء



P.P.V : 24,30

produits laitiers, car il peut contenir des traces de  
substances lactières. SOLUMEDROL contient du lactose  
monohydraté fabriqué à partir du lait de vache,  
en administration par voie intrathécale et épidurale,  
troubles de la coagulation ou traitement  
anticoagulant en cours, en cas d'injection  
intramusculaire.

Le médicament est généralement déconseillé en  
association avec l'aspirine (acide acétylsalicylique) à fortes  
doses (voir « Autres médicaments et SOLUMEDROL,  
Ivophyllisat et solution pour usage parentéral »).

**CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER  
L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.  
Effets indésirables et précautions**

Le médicament doit être pris sous stricte surveillance  
médicale.

SOLUMEDROL contient des protéines de lait de vache,  
vous êtes allergique ou pensez être allergique au lait  
de vache, vous ne devez pas recevoir ce médicament car  
il peut contenir des traces de protéines du lait de vache.  
Des réactions allergiques graves ont eu lieu chez des  
patients allergiques au lait de vache.

**AVANT LE TRAITEMENT :**

Prévenez votre médecin en cas de :

- allergie,
- vaccination récente,
- ulcère digestif, maladies du colon, intervention  
chirurgicale récente au niveau de l'intestin,
- diabète,
- hypertension artérielle, insuffisance cardiaque,  
congestive ou facteurs de risque cardiovasculaire,  
infection (notamment antécédents de tuberculose).



# NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**SOLUMEDROL 20 mg/2 ml,**

Ivophyllisat et solution pour usage parentéral

**SOL**

Ivophyllisat

Hémisu

Veuillez lire attentivement  
d'utiliser ce médicament  
Informations

Cardex cet

relire.

Si vous avez

médicin, v

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 vous ressentez un quelconque effet indésirable,

parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou

votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet

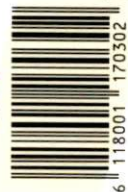
indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette

notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution pour usage parentéral et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution pour

ومتناول الأطفال  
يرجى قراءة النشرة بعناية قبل استخدام  
هذا الدواء



P.P.V : 24,30

produits laitiers, car il peut contenir des traces de substances lactières. SOLUMEDROL contient du lactose monohydraté fabriqué à partir du lait de vache, en administration par voie intrathécale et épidurale, troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant en cours, en cas d'injection intramusculaire.

Le médicament est généralement déconseillé en association avec l'aspirine (acide acétylsalicylique) à fortes doses (voir « Autres médicaments et SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution pour usage parentéral »).

**CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**Effets secondaires et précautions**

Le médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

SOLUMEDROL contient des protéines de lait de vache, vous êtes allergique ou pensez être allergique au lait de vache, vous ne devez pas recevoir ce médicament car il peut contenir des traces de protéines du lait de vache. Des réactions allergiques graves ont eu lieu chez des patients allergiques au lait de vache.

**AVANT LE TRAITEMENT :**

Prévenez votre médecin en cas de :

- allergie,
- vaccination récente,
- ulcère digestif, maladies du colon, intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin,
- diabète,
- hypertension artérielle, insuffisance cardiaque congestive ou facteurs de risque cardiovasculaire, infection (notamment antécédents de tuberculose).

# NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**SOLUMEDROL 20 mg/2 ml,**

Ivophyllisat et solution pour usage parentéral

**SOLI**

Ivophyllisat

Hémisu

Veuillez lire attentivement  
d'utiliser ce médicament  
Informations

Cardex cet

relire.

Si vous avez

médicin, v

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 vous ressentez un quelconque effet indésirable,

parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou

votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet

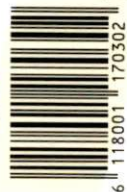
indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette

notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution pour usage parentéral et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution pour

ومتناول الأطفال  
يرجى قراءة النشرة بعناية قبل استخدام  
هذا الدواء



P.P.V : 24,30

produits laitiers, car il peut contenir des traces de substances lactières. SOLUMEDROL contient du lactose monohydraté fabriqué à partir du lait de vache, en administration par voie intrathécale et épidurale, troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant en cours, en cas d'injection intramusculaire.

Le médicament est généralement déconseillé en association avec l'aspirine (acide acétylsalicylique) à fortes doses (voir « Autres médicaments et SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution pour usage parentéral »).

**CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**Effets secondaires et précautions**

Le médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

SOLUMEDROL contient des protéines de lait de vache, vous êtes allergique ou pensez être allergique au lait de vache, vous ne devez pas recevoir ce médicament car il peut contenir des traces de protéines du lait de vache. Des réactions allergiques graves ont eu lieu chez des patients allergiques au lait de vache.

**AVANT LE TRAITEMENT :**

Prévenez votre médecin en cas de :

- allergie,
- vaccination récente,
- ulcère digestif, maladies du colon, intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin,
- diabète,
- hypertension artérielle, insuffisance cardiaque congestive ou facteurs de risque cardiovasculaire, infection (notamment antécédents de tuberculose).

# NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**SOLUMEDROL 20 mg/2 ml,**

Ivophyllisat et solution pour usage parentéral

**SOLI**

Ivophyllisat

Hémisu

Veuillez lire attentivement  
d'utiliser ce médicament  
Informations

Cardex cet

relire.

Si vous avez

médicin, v

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 vous ressentez un quelconque effet indésirable,

parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou

votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet

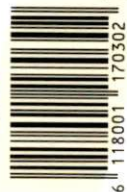
indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette

notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution pour usage parentéral et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution pour

ومتناول الأطفال  
يرجى قراءة النشرة بعناية قبل استخدام  
هذا الدواء



P.P.V : 24,30

produits laitiers, car il peut contenir des traces de substances lactières. SOLUMEDROL contient du lactose monohydraté fabriqué à partir du lait de vache, en administration par voie intrathécale et épidurale, troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant en cours, en cas d'injection intramusculaire.

Le médicament est généralement déconseillé en association avec l'aspirine (acide acétylsalicylique) à fortes doses (voir « Autres médicaments et SOLUMEDROL, Ivophyllisat et solution pour usage parentéral »).

**CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**Effets secondaires et précautions**

Le médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

SOLUMEDROL contient des protéines de lait de vache, vous êtes allergique ou pensez être allergique au lait de vache, vous ne devez pas recevoir ce médicament car il peut contenir des traces de protéines du lait de vache. Des réactions allergiques graves ont eu lieu chez des patients allergiques au lait de vache.

**AVANT LE TRAITEMENT :**

Prévenez votre médecin en cas de :

- allergie,
- vaccination récente,
- ulcère digestif, maladies du colon, intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin,
- diabète,
- hypertension artérielle, insuffisance cardiaque congestive ou facteurs de risque cardiovasculaire, infection (notamment antécédents de tuberculose).

# Omisiz®

Oméprazole

Microgranules gastro-protecteurs en gélule

## PRESENTATIONS :

- OMISIZ® 20 mg :** Boîte de 7 gélules  
Boîte de 14 gélules  
Boîte de 28 gélules  
**OMISIZ® 10 mg :** Boîte de 7 gélules  
Boîte de 14 gélules  
Boîte de 28 gélules

## COMPOSITION :

- OMISIZ® 20mg**  
Oméprazole.....  
Excipients q.s.p.....  
Excipient à effet notoire : saccharose

## COMPOSITION :

- OMISIZ® 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,
  - Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien,
  - Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une oesophagite, 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 oesophagites par reflux gastro-œsophagien,
  - Syndrome de Zollinger-Ellison,
  - Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,
  - Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.
- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
  - En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

### Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrose-isomaltase (maladies métaboliques rares).

### Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.  
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). 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.



**UMAX® 400 µg LP**  
**Microgranules à libération prolongée en gélules - Boîte de 10,30 et de 60**  
**(Chlorhydrate de tamsulosine)**

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes :

- Gardez cette notice, vous y ferez référence.
- Si vous avez d'autres questions, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit pour vous-même. Il pourrait être prescrit à d'autres personnes. Il pourrait leur être prescrit.
- Si l'un des effets indésirables mentionnés dans cette notice vous concerne, consultez votre médecin.

**Que contient cette notice :**

1. Qu'est-ce que UMAX®
2. Quelles sont les indications de la gélule ?
3. Comment prendre UMAX®
4. Quels sont les effets indésirables ?
5. Comment conserver UMAX®
6. Informations supplémentaires

**LOT 210228**  
**EXP 08/2022**  
**PPV 121.40DH**

**Umax® LP 400 µg**

**30 gélules**



**1. QU'EST-CE QUE UMAX® 400 µg LP ?**  
 UMAX® 400 µg LP est une classe pharmacothérapeutique : **Alphabloquant de la prostate - code ATC : N02BA01**. UMAX® 400 µg LP Gélule contient de la tamsulosine appelée alpha-bloquant. UMAX® 400 µg LP Gélule est utilisé pour empêcher d'uriner normalement suite à votre prostate.

Ce médicament est utilisé uniquement avec l'appareil urinaire associé à un élargissement de la prostate. Ces douleurs peuvent être dues à la goutte, besoin urgent d'uriner et envie d'uriner.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONSERVER POUR PRENDRE UMAX® 400 µg LP Gélule ?**

**Ne prenez jamais UMAX® 400 µg LP Gélule :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active (la tamsulosine) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (vous trouverez la liste des composants à la rubrique 6).
- Si vous êtes allergique (hypersensible) à un médicament de la même famille (les alpha-bloquants).
- Si vous avez déjà eu des gonflements (oedèmes) du visage, des lèvres et de certaines parties de votre corps (les muqueuses) après avoir pris ce médicament.
- Si vous avez déjà eu auparavant une baisse de votre tension artérielle lors d'un passage de la position couchée à la position debout pouvant s'accompagner de vertiges et de malaises (hypotension orthostatique).
- Si vous avez une maladie sévère du foie (insuffisance hépatique sévère).

**Avertissements et précautions**

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre UMAX® 400 µg LP Gélule.

Vous devez prévenir votre médecin si :

- Vous prenez des médicaments pour traiter une tension artérielle élevée (antihypertenseurs).
- Vous avez déjà eu des malaises alors que vous urinez ou après avoir uriné (syncope mictionnelle).
- Vous avez une maladie des reins (insuffisance rénale chronique).
- Vous avez plus de 65 ans.
- Vous avez des maladies du cœur (patient coronarien). En cas d'aggravation d'un angor, le traitement par ce médicament devra être interrompu.

Pendant le traitement, si vous avez des gonflements (oedèmes) du visage, des lèvres et de certaines parties de votre corps (les muqueuses), cela peut être le signe d'une réaction allergique au médicament. Dans ce cas, vous devez arrêter le traitement et consulter immédiatement votre médecin.

Des malaises peuvent survenir rarement avec UMAX® 400 µg LP Gélule et des médicaments apparentés. Aux premiers signes de vertiges ou de faiblesse, vous devez vous asseoir ou vous allonger jusqu'à ce que les sensations de malaise disparaissent.

**Si vous devez vous faire opérer de la cataracte ou du glaucome**

Si vous devez vous faire opérer prochainement de la cataracte (opacité du cristallin) ou du glaucome, et si vous avez été ou êtes actuellement ou prévoyez d'être traité par UMAX® 400 µg LP Gélule, informez-en votre ophtalmologiste avant l'opération.

Le chirurgien pourra prendre des précautions appropriées en fonction de votre traitement au moment de l'intervention chirurgicale.

**Recommandations concernant votre hygiène de vie**

Durant le traitement vous devez respecter certaines mesures d'hygiène de vie et notamment :

- conservez une activité physique (marcher, courir, etc.)
- faites attention à votre alimentation : ne pas manger de fruits secs, ne pas boire d'alcool, ne buvez pas trop le soir, maintenez un transit intestinal régulier.

**Enfants**

Ne donnez pas ce médicament à des enfants ou adolescents car il n'a pas été étudié chez eux.

**Mentions relatives aux excipients à effet not**

- Saccharose : L'utilisation de ce médicament est contre-indiquée chez les personnes souffrant d'intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du sucraïse/isomaltase (maladies héréditaires).
- Colorants azoïques (azorubine, carmoisine) et des agents colorants azoïques et peut provoquer des réactions allergiques.
- Hydroxybenzoate de méthyle et de propyle : Ces excipients peuvent provoquer des réactions allergiques.

**Autres médicaments et UMAX® 400 µg LP Gélule**

Ce médicament DOIT ÊTRE EVITÉ en association avec d'autres médicaments (alpha-1-bloquants). Cette association peut entraîner une hypotension artérielle.

Informez votre médecin ou à votre pharmacien de tous les médicaments que vous prenez, vous pourriez prendre tout autre médicament, même sans ordonnance.

Il est important d'informer votre médecin si vous prenez des médicaments qui peuvent diminuer l'efficacité de la tamsulosine (kétocoazole, érythromycine).

**UMAX® 400 µg LP Gélule avec des aliments**

Sans objet.

**Grossesse, allaitement et fertilité**

UMAX® 400 µg LP Gélule n'est pas indiqué pendant la grossesse et son passage dans le lait maternel n'est pas connu.

Cheez l'homme, une éjaculation anormale a été observée. Cela signifie que le sperme ne sort pas par l'urètre (rétrograde) ou bien le volume d'éjaculation est diminué. Ce phénomène est sans gravité.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

**Conduite de véhicules et utilisation de machines**

Ce médicament peut provoquer une baisse de la tension artérielle, des malaises, notamment en passant de la position couchée à la position debout. Il est déconseillé de conduire un véhicule ou d'utiliser des machines si vous présentez ces symptômes.

**3. COMMENT PRENDRE UMAX® 400 µg LP Gélule**

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant les indications de votre médecin ou votre pharmacien en cas de doute.

**Posologie**

La dose recommandée est de 1 gélule par jour.

**Mode d'administration**

Le médicament est à utiliser par voie orale. La gélule doit être croquée ni mâchée.

**Fréquence d'administration**

- Vous devez prendre votre dose quotidienne de UMAX® 400 µg LP Gélule à jeun, le matin, vous ne prenez pas de repas avant.
- Vous devez prendre votre gélule chaque jour à la même heure.
- Au cas où vous auriez oublié de prendre la gélule d'un repas de la journée.

**Durée du traitement**

Ce traitement nécessite une surveillance médicale pendant plusieurs mois.

Habituellement, UMAX® 400 µg LP Gélule est prescrite pendant 6 semaines. Si vous avez plus de 65 ans, votre médecin pourra vous prescrire UMAX® 400 µg LP Gélule pendant 12 semaines.

Si vous oubliez de prendre UMAX® 400 µg LP Gélule, contactez rapidement un médecin et allongez votre traitement.

Si vous oubliez de prendre UMAX® 400 µg LP Gélule, ne prenez pas de dose double pour compenser.

Si vous arrêtez de prendre UMAX® 400 µg LP Gélule, contactez rapidement un médecin et allongez votre traitement.

Si vous arrêtez de prendre votre traitement de la tamsulosine, le lendemain, au rythme d'une gélule par jour.

Ne prenez pas de dose double pour compenser.

Si vous arrêtez de prendre UMAX® 400 µg LP Gélule, contactez rapidement un médecin et allongez votre traitement.

Si vous arrêtez de prendre votre traitement de la tamsulosine, le lendemain, au rythme d'une gélule par jour.

C'est pourquoi il est impératif de poursuivre votre traitement pendant 6 semaines.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut entraîner des effets indésirables.

# BREXIN®

Piroxicam Bêta-cyclodextrine

## Composition :

	Comprimés sécables	Suppositoires	Sachets
Piroxicam (équivalent à 191,20 mg de piroxicam β-cyclodextrine)	20 mg	20 mg	20 mg
Excipients q.s.p.			
Excipients à effet notoire	1 comprimé	1 suppositoire	1 sachet Aspartam et Sorbitol

## Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien

## Indications :

- Traitement des états douloureux
- Traitement des rhumatismes

## Contre-indications :

- Antécédents d'allergie ou d'autres troubles tels que autres AINS ou l'asthme
- Hypersensibilité à l'un des composants
- Ulcère gastro-duodénal en évolution
- Enfants de moins de 15 ans
- Phénylcétonurie du fait de la présence de phénylalanine
- Association avec les anticoagulants
- En cas de grossesse et d'allaitement

## Effets indésirables :

Effets gastro-intestinaux : anorexie, douleurs abdominales, flatulences, diarrhée.  
Réactions d'hypersensibilité : urticaire, œdème.  
Effets sur le système nerveux : maux de tête, vertiges.

## Précautions d'emploi :

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou de troubles hématologiques, le traitement doit être interrompu et consulter votre médecin.  
Ce médicament sera administré avec précaution chez les patients ayant des antécédents digestifs.  
L'attention doit être attirée chez les personnes âgées et chez les personnes souffrant de somnolence.

## Mode d'emploi et posologie :

Se conformer à la prescription médicale.

La posologie usuelle est de 20 mg par jour en une seule prise jusqu'à disparition des symptômes.

## Formes et autres présentations :

- BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 et 20 comprimés effervescents
- BREXIN® 20 mg - Boîte de 20 comprimés sécables
- BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires
- BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 sachets

## Liste I (Tableau A)

57,10

LOT 19024  
PER DEC 22  
PPV 57DH10

Brexin® 20 mg  
Piroxicam β-cyclodextrine

10 sachets  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240174



proche

ivère.

line.

douleurs

immédiatement

malades ayant des

lité de vertiges et