

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.

Ophtalmologie :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Orthodontie :

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.

Prothèses :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 081216

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6930 Société : 101191
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-81216

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 :

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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

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° W21-659570

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06930 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IMEHLI - MOHAMMED

Date de naissance : 08-08-1961

Adresse : 424 Y LAKRIMATE Rue 29 N°16 A. 20000 Casablanca

Tél. : 0666247075 Total des frais engagés : 225,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2022

Nom et prénom du malade : Imehli Mohammed Age :

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

Nature de la maladie : Syndrome Grippal

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 : Casablanca

Le : 23/01/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-659570

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 : 06930
Nom de l'adhérent(e) : IMEHLI
Total des frais engagés : 225,10
Date de dépôt : 24/01/22

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
10/01/2022		06		INP : 09/1858/149
				Dr. M. B. Ghaffar
				Médecin
				Dr. M. B. Ghaffar

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div style="position: absolute; top: 0; left: 0; transform: rotate(-90deg); transform-origin: left top; font-size: 8px;"> 05/05/22 21 08 33 13 06/05/22 21 08 33 13 07/05/22 21 08 33 13 08/05/22 21 08 33 13 09/05/22 21 08 33 13 10/05/22 21 08 33 13 11/05/22 21 08 33 13 12/05/22 21 08 33 13 13/05/22 21 08 33 13 14/05/22 21 08 33 13 15/05/22 21 08 33 13 16/05/22 21 08 33 13 17/05/22 21 08 33 13 18/05/22 21 08 33 13 19/05/22 21 08 33 13 20/05/22 21 08 33 13 21/05/22 21 08 33 13 22/05/22 21 08 33 13 23/05/22 21 08 33 13 24/05/22 21 08 33 13 25/05/22 21 08 33 13 26/05/22 21 08 33 13 27/05/22 21 08 33 13 28/05/22 21 08 33 13 29/05/22 21 08 33 13 30/05/22 21 08 33 13 31/05/22 21 08 33 13 01/06/22 21 08 33 13 02/06/22 21 08 33 13 03/06/22 21 08 33 13 04/06/22 21 08 33 13 05/06/22 21 08 33 13 06/06/22 21 08 33 13 07/06/22 21 08 33 13 08/06/22 21 08 33 13 09/06/22 21 08 33 13 10/06/22 21 08 33 13 11/06/22 21 08 33 13 12/06/22 21 08 33 13 13/06/22 21 08 33 13 14/06/22 21 08 33 13 15/06/22 21 08 33 13 16/06/22 21 08 33 13 17/06/22 21 08 33 13 18/06/22 21 08 33 13 19/06/22 21 08 33 13 20/06/22 21 08 33 13 21/06/22 21 08 33 13 22/06/22 21 08 33 13 23/06/22 21 08 33 13 24/06/22 21 08 33 13 25/06/22 21 08 33 13 26/06/22 21 08 33 13 27/06/22 21 08 33 13 28/06/22 21 08 33 13 29/06/22 21 08 33 13 30/06/22 21 08 33 13 01/07/22 21 08 33 13 02/07/22 21 08 33 13 03/07/22 21 08 33 13 04/07/22 21 08 33 13 05/07/22 21 08 33 13 06/07/22 21 08 33 13 07/07/22 21 08 33 13 08/07/22 21 08 33 13 09/07/22 21 08 33 13 10/07/22 21 08 33 13 11/07/22 21 08 33 13 12/07/22 21 08 33 13 13/07/22 21 08 33 13 14/07/22 21 08 33 13 15/07/22 21 08 33 13 16/07/22 21 08 33 13 17/07/22 21 08 33 13 18/07/22 21 08 33 13 19/07/22 21 08 33 13 20/07/22 21 08 33 13 21/07/22 21 08 33 13 22/07/22 21 08 33 13 23/07/22 21 08 33 13 24/07/22 21 08 33 13 25/07/22 21 08 33 13 26/07/22 21 08 33 13 27/07/22 21 08 33 13 28/07/22 21 08 33 13 29/07/22 21 08 33 13 30/07/22 21 08 33 13 31/07/22 21 08 33 13 01/08/22 21 08 33 13 02/08/22 21 08 33 13 03/08/22 21 08 33 13 04/08/22 21 08 33 13 05/08/22 21 08 33 13 06/08/22 21 08 33 13 07/08/22 21 08 33 13 08/08/22 21 08 33 13 09/08/22 21 08 33 13 10/08/22 21 08 33 13 11/08/22 21 08 33 13 12/08/22 21 08 33 13 13/08/22 21 08 33 13 14/08/22 21 08 33 13 15/08/22 21 08 33 13 16/08/22 21 08 33 13 17/08/22 21 08 33 13 18/08/22 21 08 33 13 19/08/22 21 08 33 13 20/08/22 21 08 33 13 21/08/22 21 08 33 13 22/08/22 21 08 33 13 23/08/22 21 08 33 13 24/08/22 21 08 33 13 25/08/22 21 08 33 13 26/08/22 21 08 33 13 27/08/22 21 08 33 13 28/08/22 21 08 33 13 29/08/22 21 08 33 13 30/08/22 21 08 33 13 31/08/22 21 08 33 13 01/09/22 21 08 33 13 02/09/22 21 08 33 13 03/09/22 21 08 33 13 04/09/22 21 08 33 13 05/09/22 21 08 33 13 06/09/22 21 08 33 13 07/09/22 21 08 33 13 08/09/22 21 08 33 13 09/09/22 21 08 33 13 10/09/22 21 08 33 13 11/09/22 21 08 33 13 12/09/22 21 08 33 13 13/09/22 21 08 33 13 14/09/22 21 08 33 13 15/09/22 21 08 33 13 16/09/22 21 08 33 13 17/09/22 21 08 33 13 18/09/22 21 08 33 13 19/09/22 21 08 33 13 20/09/22 21 08 33 13 21/09/22 21 08 33 13 22/09/22 21 08 33 13 23/09/22 21 08 33 13 24/09/22 21 08 33 13 25/09/22 21 08 33 13 26/09/22 21 08 33 13 27/09/22 21 08 33 13 28/09/22 21 08 33 13 29/09/22 21 08 33 13 30/09/22 21 08 33 13 01/10/22 21 08 33 13 02/10/22 21 08 33 13 03/10/22 21 08 33 13 04/10/22 21 08 33 13 05/10/22 21 08 33 13 06/10/22 21 08 33 13 07/10/22 21 08 33 13 08/10/22 21 08 33 13 09/10/22 21 08 33 13 10/10/22 21 08 33</div>		

[illegible]

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

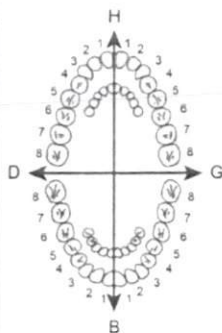
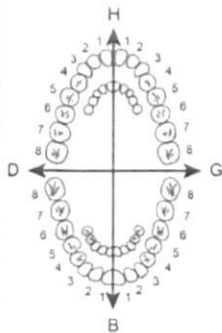
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	0000000	0000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H												
		25533412	21433552											
		0000000	0000000											
		B												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	0000000	0000000	35533411	11433553						
D		G												
0000000		0000000												
35533411		11433553												
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



Le 10/01/2022

IMEHLI Mohamed.

1 Zithromax 2 bte
Appl le 1er puis 1/2 apl.

2 Vit C 1g
1p x 2j

3 TOUDER Sirop — bte
1cas

KARDEGIC 160mg
1apl

Cetamyle 100mg
1p x 3j

F= 225,10

PHARMACIE AL ILM
Dr. MEDDAH Mourad
Hay Lakmat, Rue 28, N°64
Tél.: 05 22 21 33 13
GSM: 06 61 08 55 09

Dr. Youssef BEN ADAM
Medecine Generaliste
Polyclinique CNSS
Derb-Ghalef

VITAMINE C® GALEN

Acide ascorbique

Comprimé effervescent, Boîte de 10

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes que vous devez toujours prendre en compte. Les informations fournies dans cette notice ou par votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, contactez votre pharmacien. Ceci s'applique aussi si vous ne seriez pas mentionné dans cette notice.
- Vous devez toujours adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 1 mois de traitement

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH



Que contient cette notice :

1. QU'EST-CE QUE VITAMINE C®, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE 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 CONNAÎTRE 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.
- Si vous présentez une insuffisance rénale sévère (défaillance grave des fonctions du rein).
- Si vous présentez ou avez présenté des calculs rénaux.
- Si vous avez des calculs d'oxalate de calcium (hypercalcaurie).
- Si vous avez moins de 15 ans.

Mise en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VITAMINE C®.

Ce médicament contient du sodium (composant principal du sel de cuisine/tablet). A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sel.

- L'utilisation de ce médicament 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 (maladies héréditaires rares).
- Si votre fatigue s'accroît ou persiste après 1 mois de traitement ou si elle s'accompagne de manifestations inhabituelles, prenez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En raison d'un effet légèrement stimulant, il est souhaitable de ne pas prendre la vitamine C en fin de journée.

Prendre en compte les apports en vitamines et minéraux issus d'autres sources, comme les médicaments, les aliments enrichis et les compléments alimentaires (risque de surdosage).

La vitamine C augmente l'absorption du fer par votre organisme. En cas d'hémochromatose (maladie héréditaire se caractérisant par une surcharge en fer), adressez-vous à votre médecin car l'utilisation de ce médicament doit faire l'objet de précautions strictes.

La vitamine C doit être utilisée avec prudence en cas de déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (maladie héréditaire des globules rouges), car des doses élevées en vitamine C (supérieure à 1 gramme par jour) favorisent le risque d'apparition d'une anémie hémolytique (destruction des globules rouges).

La vitamine C peut fausser les résultats de certaines analyses biologiques, notamment de tests de contrôle du glucose sanguin et urinaire, avertissez votre médecin si des tests sont prévus.

Enfants et adolescents : Sans objet.

Interactions avec d'autres médicaments :

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Ce médicament contient de la vitamine C. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées.

Interactions avec les aliments et les boissons :

Prendre en compte les apports en vitamines et minéraux, issus des aliments enrichis et des compléments alimentaires.

Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives :

Sans objet.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou

grosse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

Pour des raisons de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de ce médicament pendant la grossesse.

La vitamine C passe dans le lait maternel. Il n'existe pas de données sur les effets de la vitamine C chez les nourrissons.

Par conséquent, il est préférable d'éviter l'utilisation de ce médicament pendant l'allaitement.

Il n'y a pas de données relatives aux effets de VITAMINE C® sur le fœtus.

Mode d'emploi :

Ne pas conduire des véhicules ou à utiliser des machines, si vous n'avez pas de données relatives aux effets de VITAMINE C® sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines.

Il n'y a aucun effet ou qu'un effet négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines.

Liste des excipients à effet notoire :

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

3. COMMENT PRENDRE VITAMINE C® ?

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien.

Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Posologie :

Réservez à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans.

La dose recommandée est de 1 comprimé par jour.

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Le comprimé doit être dissous dans un verre d'eau.

Durée du traitement :

La durée du traitement est limitée à 1 mois.

Si vous avez pris plus de VITAMINE C® que vous n'auriez dû :

Les symptômes généraux d'un surdosage en vitamine C peuvent inclure des troubles gastro-intestinaux tels que des diarrhées, des nausées et des vomissements.

La consommation chronique de doses élevées d'acide ascorbique (> 500 mg / jour) peut aggraver une surcharge en fer et peut mener à des lésions tissulaires chez les patients atteints d'hémochromatose.

A doses supérieures à 1 g/jour en 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.

Si vous arrêtez de prendre VITAMINE C® : Sans objet.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

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.

5. COMMENT CONSERVER VITAMINE C® ?

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES :

Que contient VITAMINE C® ?

La substance active est :

Par unité de prise

Acide ascorbique1000 mg

Pour un comprimé effervescent

Les autres composants du comprimé sont :

Acide citrique anhydre, cyclamate de sodium, bicarbonate de sodium anhydre, carbonate de sodium, jaune orangé S, huile de vaseline, saccharose, saccharine sodique, arôme orange poudré.

Qu'est-ce que VITAMINE C®, et contenu de l'emballage extérieur :

Ce médicament se présente sous la forme de comprimés effervescents.

Tube de 10 comprimés en boîte de 1 ou 2 tubes.

Nom et adresse de l'entreprise titulaire de l'AMM MAROC : Laboratoire pharmaceutique GALENICA N 13, G-5, Z.I. Ouled Saleh - Bouskoura -20180 - Casablanca - Maroc

Nom et adresse du fabricant (quand celui-ci n'est pas titulaire de l'AMM) : Néant

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée : Janvier 2020

Conditions de prescription et de délivrance : Médicament non soumis à prescription médicale.

Informations réservées aux professionnels de santé : Sans objet.



LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA
Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

Imp-ADIR

NVCAZ9VFA01

ZITHROMAX*



6 azithromycine 500

POUDRE POUR SUSPENSION

- COMPRIMES

COMPOSITION ET PRESENTATION

Azithromycine (DCI) dihydrate

- Comprimé 500 mg, boîte de 3
- Poudre pour sachet à 100 mg
- Poudre pour sachet à 200 mg
- 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,

- prise concomitante d'autres médicaments,
- grossesse,

ZITHROMAX*



6 azithromycine 500

POUDRE POUR SUSPENSION

- COMPRIMES

COMPOSITION ET PRESENTATION

Azithromycine (DCI) dihydrate

- Comprimé 500 mg, boîte de 3
- Poudre pour sachet à 100 mg
- Poudre pour sachet à 200 mg
- 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,

- prise concomitante d'autres médicaments,
- grossesse,

TOUDEX® sirop

Forme et présentation :

Sirop. Flacon de 125 ml, Flacon

LOT 090509/FC15
PER 08/2024
PPC 87.90

Composition :

Cassis feuille, mauve bleu fleur
glycérine, acide citrique), extrait m.
sorbate, sodium benzoate, gommes : acacia, xanthane et thixogel,
citrique monohydrate, aspartame, arôme framboise, eau).

Propriétés :

TOUDEX® est une association synergique de mauve et de cassis (i fluid*)
bénéfiques pour les irritations de la gorge, les encombrements et
inflammations des voies respiratoires.

La mauve possède une action pectorale, calmante, adoucissante et
émolliente.

Le cassis (i fluid) possède une action anti-inflammatoire naturelle.

*I fluid est un procédé unique breveté grâce auquel l'ensemble des
composants de la plante est précieusement préservé, pour être restitué dans
son intégrité.

Conseils d'utilisation :

Agiter avant utilisation.

Nourrison (à partir d'un an) : 1 cuillerée à café 2 fois/jour.

Enfant : 1 à 2 cuillerées à café 3 fois/jour.

Adulte : 1 cuillerée à soupe 3 fois/jour.

Durée d'utilisation :

Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son
ouverture.

Fabriqué Phytéo Laboratoires

Distribué par Ramo-Pharm

Complément alimentaire n'est pas un médicament



KARDEGIC® 160mg

Acétylsalicylate
poudre pour

LOT : 21E008

PER : 12 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



1. IDENTIFI

a) DENOMI

KARDEGIC 1

b) COMPOSITI

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

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

c) FORME PHARMACEUTIQUE

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

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

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

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications)

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

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

3. ATTENTION

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Contre-indications)

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

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

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

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

b) PRECAUTIONS D'EMPLOI

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

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

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

c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN notamment si vous prenez des anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou un traitement par l'héparine, des uricosuriques ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses >3g/j).

CETAMYL® 500 mg

Paracétamol

Formes orales

Poudre

12

Veillez lire attentivement les informations importantes
Vous devez toujours porter attention dans cette notice ou par voie orale.
- Gardez cette notice, vous y ferez référence.
- Adressez-vous à votre pharmacien.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, contactez votre pharmacien.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne vous sentez pas mieux après 3 jours.

...nt car elle contient des
...les informations fournies
...votre pharmacien si vous
...ioration ou si vous vous
...s.

CETAMYL®

Paracétamol 500 mg

Boîte de 16 comprimés effervescents

P.P.V. : 15,30 DH



1. QU'EST-CE QUE CETAMYL® 500 mg ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS IMPORTANTES ?
3. COMMENT PRENDRE CETAMYL® 500 mg ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?
5. COMMENT CONSERVER CETAMYL® 500 mg ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

...ST-IL UTILISÉ ?
...DE PRENDRE

1. Qu'est-ce que CETAMYL 500 mg® et dans quel cas est-il utilisé ?

CETAMYL 500mg® à base de paracétamol est un antalgique (calme la douleur) et un antipyrétique (fait baisser la fièvre).

CETAMYL 500mg® n'exerce aucune action agressive au niveau de la muqueuse gastrique et peut être utilisé chez les ulcéreux.

CETAMYL 500mg® est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CETAMYL 500mg®

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Ne prenez jamais CETAMYL 500mg® en cas de :

- Allergie au paracétamol ou à l'un des autres composants.

- Insuffisance hépatocellulaire ou maladie grave du foie.

Faites attention, CETAMYL 500mg® comprimés est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison du risque de fausse-route.

En raison de la présence d'aspartame, CETAMYL 500mg® sachets est contre-indiqué en cas de phénylcétonurie.

Pour éviter un risque de surdosage :

- Vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments en cas de traitement simultané.

- Respecter les doses maximales recommandées.

Doses maximales recommandées :

- Enfants de moins de 40 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas dépasser 80 mg/kg/j ;

- Enfants de 41 kg à 50 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 3 g/j ;

- Adultes et enfants de plus de 50 kg : la dose totale maximale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g/j.

- Chez un enfant traité par 60 mg/kg/jour de paracétamol, l'association d'un autre antipyrétique n'est justifiée qu'en cas d'inefficacité.

- En cas de découverte d'une hépatite virale aiguë, il convient d'arrêter le traitement.

- La poudre orale en sachet 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 sucrase/isomaltase (maladie héréditaire rare).

- Comprimé effervescent et sachet : tenir compte de la teneur en sodium chez les patients suivant un régime hyposodé strict.

- Le comprimé 500 mg contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

- En cas d'insuffisance hépatocellulaire légère, d'alcoolisme ou de déshydratation et chez l'adulte de moins de 50 kg, la dose journalière ne devra pas dépasser 3 g.

- Cetamyl 500mg® comprimés effervescents contient du mannitol, peut provoquer des troubles digestifs (diarrhée), contient aussi du sodium, en tenir compte chez les personnes suivant un régime pauvre en sel, strict.

En cas d'insuffisance rénale sévère : l'intervalle entre deux prises devra être au minimum de 8 heures et la dose du paracétamol ne devra pas dépasser 3 g par jour, soit 6 comprimés ou 6 sachets/jour dosés à 500 mg.

En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

CETAMYL 500mg® est un médicament, ne pas le laisser à la portée des enfants.

Enfants et adolescents : sans objet