

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019791

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : 129801

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SLAoui KHNATA

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0019791

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

- 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- 0016365

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : SLAOUI KHATA Date de naissance : 1956
 Adresse : 50 lot KHALFAOU - Oujda
 Tél. : 0611 820 500 Total des frais engagés : 279,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CLINIQUE PASTEUR
 Dr. KHALDI Hassane
 Médecine Générale
 Bd. Yacoub Al Mansour, Rte Al Maqsem
 Tél. : 05 36 50 82 50 - Oujda

Date de consultation : 07/09/2022
 Nom et prénom du malade : Ma SLAOUI KHATA Age : 66
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladies
 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 : Oujda Le : 07/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016365

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/09/22	C		200,00	CLINIQUE PASTEUR Dr. KHALDI Hassane Médecine Générale Bd Yacoub Al Massoud, Rue Al Moassam Tél.: 05 36 50 82 50 - QUIDA INPE: 081084495

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/09/22	79,80
	08/09/22	14,00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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	AV	

VOLET ADHERENT

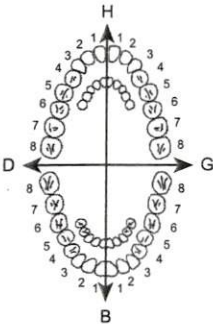
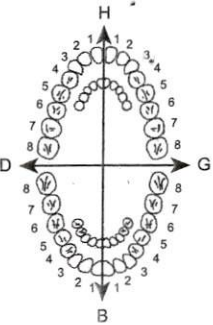
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	(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



ORDONNANCE

Date : 07/09/2022

Dr. KHALATA SLOUJ

51,00 **SV** Melicam 7,5 mg
1 4/5 2 under
- am 1 up
x 01 cur

28,80 Vitaneuril 500 mg
1 up 3 1/2
no wps.
x 01 cur

79,80 **SV** Diliprone 100 mg
1 4/5
14,00



080063464

CLINIQUE PASTEUR
Dr. KHALDI Hassane
Médecine Générale
Bd. Yaacoub Al Mansour, Rte Al Maqsem
Tél.: 05 36 50 82 50 - OUJDA

VITANEVRIL FORT 100 mg,

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.
(DCI) Benfotiamine

Veuillez 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 toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas des 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.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise

Benfotiamine 100 mg

Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée. qsp un comprimé
Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.

- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.

- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathies.

- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxico-alcoolique.

- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration ;

Voie orale.

- Durée du traitement ;

- se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

- Fréquence d'administration ;

2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.

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

6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Intolérance connue à la vitamine B1.

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

N'HESITEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT.

8. MISES EN GARDE D'EMPLOI

En raison de la présence de sucrose dans ce médicament, il est contre-indiqué chez les patients atteints de diabète sucré ou de syndrome de malabsorption du sucrose-isomaltase.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN.

9. INTERACTIONS

- Interactions avec les médicaments
- Interactions avec les aliments
- Interactions avec les produits naturels

AFIN D'EVITER D'EVENUELS EFFETS INDESIRABLES

MEDICAMENTS IL FAUT DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN AVANT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

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

11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- Conditions de prescription et de délivrance

- Précautions particulières de conservation

- Tenir hors de la portée des enfants

- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte

- Nom et adresse du fabricant quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc

Sans objet

- Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc

SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Ibnou Al Aouam

Roches Noires

20300 Casablanca

Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015

PPV

LOT

PER

28, 80



MELICAM IPHARMA® 7,5 et 15 mg

Comprimés sécables

COMPOSITION :

La substance active : **MELICAM IPHARMA 7,5 mg** est constituée par le **Mélocam** (celastrol) 7,5 mg et **MELICAM IPHARMA 15 mg** est constituée par le **Mélocam** (celastrol) 15 mg. Cellulose microcristalline, Amidon préagglutiné, Lactose monohydraté, Amidon de maïs, Citrate de sodium, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium q.s.p. comprimé.

Explicite à effet notoire : Lactose

PROPRIÉTÉS :

MELICAM IPHARMA contient une substance active dénommée mélocam.

Le mélocam appartient à un groupe de médicaments appelés anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qui sont utilisés pour réduire l'inflammation et la douleur dans les articulations et les muscles.

INDICATIONS :

MELICAM IPHARMA est indiqué dans le traitement symptomatique de courte durée des douleurs aiguës d'arthrose et dans le traitement de longue durée de certains rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante).

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser **MELICAM IPHARMA**, comprimé dans les cas suivants :

- pendant le 3ème trimestre de grossesse,
- enfant et adolescents de moins de 15 ans
- allergie (hypersensibilité) au mélocam
- allergie (hypersensibilité) à l'aspirine ou à d'autres médicaments anti-inflammatoires (AINS)
- allergie (hypersensibilité) à l'un des composants de **MELICAM IPHARMA**
- si vous avez présenté l'un des signes suivants après avoir pris de l'aspirine ou d'autres AINS :
 - respiration sifflante, oppression respiratoire, difficulté à respirer (asthme)
 - obstruction nasale due à des petits renflements de la muqueuse nasale (polypes nasaux)
 - éruptions cutanées / urticaire
 - gonflement soudain des tissus sous la peau et les muqueuses, tel que un gonflement autour des yeux, du visage, des lèvres, de la bouche ou de la gorge, rendant éventuellement la respiration difficile (œdème de Quincke)

- si vous avez déjà présenté, après un traitement avec des AINS :
 - un saignement de l'estomac ou des intestins
 - des perforations de l'estomac ou des intestins
 - saignements de toute nature ou antécédents de saignements cérébrovasculaires (saignements dans le cerveau)
 - antécédents d'hémorragies gastro-intestinales ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
 - ulcères ou saignement de l'estomac ou des intestins
 - antécédents d'ulcères ou de saignements récidivants de l'estomac ou des intestins (ulcération ou saignement s'étant produit au moins deux fois)

- insuffisance hépatique sévère
- insuffisance rénale sévère non dialysée
- saignements récents dans le cerveau (hémorragie cérébrovasculaire)
- troubles hémorragiques de quelque type que ce soit
- insuffisance cardiaque sévère
- intolérance à certains sucres étant donné que ce produit contient du lactose.

Si vous n'êtes pas certain à propos d'un des points ci-dessus, parlez-en à votre médecin.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Reservez à l'adulte de plus de 16 ans.

Voie orale.

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

La dose habituelle est :

Poussées aiguës d'arthrose :

7,5 mg une fois par jour. Elle peut être augmentée jusqu'à 15 mg une fois par jour.

Polyarthrite rhumatoïde :

15 mg une fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg une fois par jour.

Spondylarthrite ankylosante :

15 mg une fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg une fois par jour.

Les comprimés doivent être avalés avec de l'eau, ou un autre liquide, au cours d'un repas.

NE PAS DÉPASSER LA DOSE MAXIMALE DE 15 mg PAR JOUR.

Si l'une des informations énumérées sous le titre

CONTRE-INDICATIONS s'applique à vous, votre médecin peut être amené à limiter la dose à 7,5 mg une fois par jour.

MELICAM IPHARMA ne doit pas être administré chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans.

Si vous trouvez que l'effet de **MELICAM IPHARMA** est trop fort ou trop faible, ou si après plusieurs jours vous ne ressentez aucune amélioration de votre état, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

MISES EN GARDES SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

Mises en garde

Les médicaments tels que **MELICAM IPHARMA** pourraient être associés à une légère augmentation du risque d'infarctus du myocarde.

Ne pas dépasser les doses recommandées.

Si vous avez des problèmes de

risque pour ce type de pathologie

traitement avec votre médecin

exemple :

→ si vous avez une pression a

→ si vous avez un taux élevé d

→ si vous avez un taux élevé d

(hypercholestérolémie)

→ si vous fumez

Vous devez arrêter le traitement par **MELICAM IPHARMA** dès la

première apparition d'une éruption cutanée, de lésions des tissus

mous (lésions des muqueuses), signes de réactions allergiques

sévères ou de tout autre signe d'allergie, et prendre contact avec

votre médecin.

Arrêtez immédiatement votre traitement avec **MELICAM IPHARMA**

dès que vous remarquez un saignement (donnant une coloration

des selles en noir) ou une ulcération de votre appareil digestif

(provoquant des douleurs abdominales).

MELICAM IPHARMA ne convient pas au traitement des douleurs

aiguës.

MELICAM IPHARMA peut masquer les symptômes d'une infection

(par exemple la fièvre). Si vous pensez que vous avez une infection,

vous devez consulter votre médecin.

MELICAM IPHARMA peut entraîner des difficultés pour être

enceinte. Vous devez informer votre médecin si vous prévoyez une

grossesse, ou si vous rencontrez des difficultés à être enceinte.

Précautions d'emploi

Comme il pourrait être nécessaire d'adapter votre traitement, il est

important de demander conseil à votre médecin avant de prendre

MELICAM IPHARMA en cas de :

→ antécédent d'inflammation de l'œsophage (œsophagite),

d'inflammation de l'estomac (gastrite) ou de toute autre affection du

tractus digestif, par exemple rectocolite hémorragique, maladie de

Crohn

→ pression artérielle élevée (hypertension)

→ si vous êtes âgé

→ maladie cardiaque, hépatique ou rénale

→ taux élevé de sucre dans le sang (diabète)

→ volume sanguin diminué (hypovolémie), ce qui peut se produire si

vous avez perdu beaucoup de sang, si vous avez été brûlé, ou si

vous avez subi une opération ou en cas d'apport insuffisant de

liquides

→ intolérance à certains sucres diagnostiquée par votre médecin, car

ce produit contient du lactose

→ taux élevé de potassium dans le sang précédemment

diagnostiqués par votre médecin.

Votre médecin devra s'assurer de suivre toute modification de votre

état pendant le traitement.

SURDOSAGE

Si vous avez pris trop de comprimés ou si vous suspectez un

surdosage, prenez contact avec votre médecin ou allez

immédiatement à l'hôpital le plus proche.

Les symptômes survenant après un surdosage aigu d'AINS

sont habituellement limités à :

→ une perte d'énergie (léthargie)

→ une somnolence

→ une sensation de malaise (nausée) et des vomissements

→ des douleurs dans la région de l'estomac (douleur épigastrique)

Ces symptômes s'améliorent généralement lorsque vous arrêtez de

prendre **MELICAM IPHARMA**. Vous pouvez souffrir d'hémorragies

de l'estomac ou des intestins (hémorragies gastro-intestinales).

Une intoxication sévère peut entraîner des effets indésirables graves

(EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS) :

→ une augmentation de la pression artérielle (hypertension)

→ une insuffisance rénale aiguë

→ des troubles de la fonction hépatique (foie)

→ une réduction ou un arrêt de la respiration (dépression

respiratoire)

→ une perte de conscience (coma)

→ des convulsions

→ une chute de la pression sanguine (collapsus cardiovasculaire)

→ un arrêt cardiaque

→ des réactions allergiques soudaines (hypersensibilité), incluant :

• évanouissement

• difficulté à respirer

• réactions cutanées

Si vous oubliez de prendre **MELICAM IPHARMA** :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose simple que

vous avez oublié de prendre. Prenez simplement la dose suivante

au moment habituel.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce produit,

posez-les à votre médecin ou à votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

Prise ou utilisation d'autres médicaments :

Étant donné que l'action de **MELICAM IPHARMA** peut affecter, ou

peut être affectée par d'autres médicaments, veuillez prévenir votre

→ médicaments diurétiques

Votre médecin peut être amené à

vous prescrire des diurétiques.

→ médicaments utilisés pour traiter l'

exemple les bêta-bloquants)

→ lithium – utilisé pour traiter les troubles

→ inhibiteurs sélectifs de la recapture

utilisés dans le traitement de la dépression

→ méthotrexate – utilisé pour traiter l'

cutanées sévères incontrôlées et la

→ cholestyramine – utilisée pour faire

→ si vous êtes une femme qui utilise

intra-utérin (DIU), vous connus sous

En cas de doute, demandez avis à

pharmacien.

EFFETS SECONDAIRES :

Comme tous les médicaments, **MELICAM IPHARMA**

peut provoquer des effets indésirables

systématiquement chez tout le monde.

Arrêtez de prendre **MELICAM IPHARMA**

immédiatement un médecin ou l'

remarque :

→ Toute réaction allergique (hypersensibilité)

forme de :

→ Réactions cutanées, notamment

ou décollement de la peau, qui peut

Stevens Johnson et syndrome de Lyell

(lésions des muqueuses) ou érythème

L'erythème polymorphe est une réaction

provoquant des taches, des marques

bulles à la surface de la peau et les

atteindre la bouche, les yeux et la

→ Gonflement des tissus sous la

exemple gonflement autour des

lèvres, de la bouche ou de la gorge

respiration difficile, ainsi que des

rambles (adème des membres)

→ Essoufflement ou crise d'asthme

→ Inflammation du foie (hépatite)

suivants :

→ jaunissement de la peau

→ douleurs abdominales

→ perte d'appétit

→ tout effet indésirable du

→ saignements (entraînant

→ ulcération du tube digestif

Les saignements de l'appareil

gastro-intestinal, la perforation

perforation au niveau du

d'évolution potentiellement

légères.

Informez immédiatement

précédemment de tels symptô

l'utilisation prolongée de

en particulier si vous êtes

suivre toute modification de

Si vous présentez des troubles

n'utilisez pas de machine.

Effets indésirables généraux

anti-inflammatoires non stéroïdiens

L'utilisation de certains médicaments

stéroïdiens (AINS) peut s'accompagner

doses élevées et en cas de

légèrement augmentés d'oc

(événements thrombotiques

cardiaque (infarctus du myocarde

cérébral (apoplexie).

Des rétentions de liquides (gonflement

pression artérielle (hypertension)

été observées en association avec

Les effets indésirables les plus co

l'appareil digestif (événements graves)

→ ulcères de l'estomac et de la partie

ulcères peptiques/gastro-duodénaux

→ perforation de la paroi intestinale

(d'évolution parfois fatale, en particu

Les effets indésirables suivants ont

l'administration d'AINS.

Doliprane® 1000mg

PARACETAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose mais prégélatinisé, acide stéarique (orange)

PPV: 14DH00

PER: 06/25

LOT: L2011

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol, tel que maux de tête, états grippaux, douloureux. Il peut également être prescrit de l'arthrose.



Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

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

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

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



CLINIQUE PASTEUR

Bd Yaacoub Al Mansour Route Al Maqsem Lot. N° 42 - 43 - OUJDA

TEL. : 05 36 50 82 50 / 51

DOSSIER N° _____

Oujda, le 07 / 09 / 22

Nom et Prénom : Khemata Saadi

Montant versé : 200 DH

Reste : _____

CLINIQUE PASTEUR
Bd. Yaacoub Al Mansour
Rte. Al Maqsem - OUJDA
Tél: 05 36 50 82 50

Cachet et Signature,

N° 006179

