

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0031491

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6013 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAZOUANI ABDELHAMMED

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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0031491

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 :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

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

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- ~~00000~~ 0

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00006513 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAZOUANI ABDE RRAMANE
 Date de naissance : 28/10/2022
 Adresse : Bd E 28 No 10 ESSARA EL LOULFA
 LPSA
 Tél. : Total des frais engagés : 704,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Abdelati BENKARIM
 Médecin Généraliste
 Oulfa - Cité Assalam Groupe 6 Appr 7 1er Etage
 CASABLANCA - Tel : 05.22.934.938
 Date de consultation : 21/10/2022
 Nom et prénom du malade : MAZOUANI ABDE RRAMANE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA - R.C.O. - diabète - obésité -
 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° : AA-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
21-10		C	180	
22-2				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/10/22

55410

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

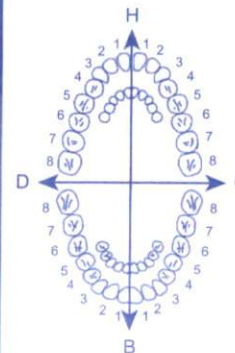
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelali BENKARIM

Médecine générale

Ex-Médecin Attaché à l'Hôpital

Mohamed V

الدكتور عبد العالي بنكريم

الطب العام

طبيب سابق بمستشفى

محمد الخامس

- Diplôme universitaire de diabétologie
- Diplôme d'université santé Travail environnement «Bordeaux France»
- Diplôme universitaire diététique - Nutrition
- Diplôme universitaire de l'échographie
- ECG

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- دبلوم جامعي في طب العمل «فرنسا»
- دبلوم جامعي في التغذية - نظام الحمية
- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
- التخطيط القلبي

Casablanca, le : 27-10-2022 : الدار البيضاء في

Mazouan Abdelhakmon

49,40

Calcimib 100 mg 1000

52,00

Diurmit 2,5 mg 1000

(2x99,00) 30,00

3,00

(2x63,20) 30,00

2,20

58,30

Megalon 160

(2x20,00) 40,00

Verdol 400

Verdol 400

الرجال - النساء - الأطفال

Hommes, femmes & enfants

Hay El Oulfa, Cité Essalam, Groupe 6 Imm 44, 1er étage Appt N°7

حي الألف، المجمع السكني الضحي دارالسلام طريق الرحمة المجموعة H6 عمارة 44 (م 7 الطابق الأول)

Tél. : 05 22 934 938 / 06 48 63 90 23 : الهاتف

صيدلية أحمد ريان
PHARMACIE AHMED RYAN
Dr. MALIK Soudedine
Résidence Cité Essalam «Addoha» GH 9
Imm 77 N°4 - El Oulfa
Tél/Fax: 05 22 93 83 34 - Casablanca

Dr. Abdelali BENKARIM
Médecin Généraliste
Oulfa - Cité Essalam Groupe 6 Appt 7 1er Etage
CASABLANCA - Tél: 05 22 934 938

CALCINIB® 5 & 10 mg, 14 & 28 comprimés

Bésylate d'Amlodipine

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, consultez votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne prenez pas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez d'autres effets, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
TUTE

LOT: 095
PER: JAN 2025
PPV: 49 PH 40

cin ou à
se en cas
nné dans

1. Composition du médicament:

CALCINIB® 5 mg :

Bésylate d'Amlodipine Équivalent à 5 mg d'Amlodipine.

Excipients : Cellulose microcristalline, Phosphate de calcium dibasique, Silice colloïdale (Aerosil-200), Amidon glycollate de sodium, Stéarate de magnésium.

CALCINIB® 10 mg :

Bésylate d'Amlodipine Équivalent à 10 mg d'Amlodipine

Excipients : Cellulose microcristalline, Phosphate de calcium dibasique, Silice colloïdale (Aerosil-200), Amidon glycollate de sodium, Stéarate de magnésium.

2. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :

L'Amlodipine est un inhibiteur calcique.

3. Indications thérapeutiques :

- Hypertension.
- Angor chronique stable.
- Angor vasospastique (syndrome de Prinzmetal).

4. Posologie :

Voie orale.

Ce médicament est à prendre en une seule prise par jour.

Adulte : Pour l'hypertension et l'angor, la posologie initiale habituelle est de 5 mg de CALCINIB® une fois par jour, qui peut être augmentée jusqu'à une posologie maximale de 10 mg en fonction de la réponse individuelle du patient.

Enfants et adolescents hypertendus de 6 ans à 17 ans : La posologie antihypertensive orale recommandée chez les enfants âgés de 6 à 17 ans est de 2,5 mg une fois par jour comme dose initiale, qui peut être augmentée jusqu'à 5 mg une fois par jour si la pression artérielle souhaitée n'est pas atteinte après quatre semaines.

Populations particulières :

Sujet âgé : CALCINIB® utilisé à des doses similaires montre une bonne tolérance équivalente chez les patients âgés et les patients plus jeunes.

Insuffisance hépatique :

L'amlodipine doit être débutée à la dose la plus faible et augmentée lentement chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère.

Insuffisance rénale : Les changements des concentrations plasmatiques d'amlodipine ne sont pas corrélés au degré d'insuffisance rénale, une posologie usuelle est donc recommandée. L'amlodipine n'est pas dialysable.

5. Contre indications :

Ne pas prendre CALCINIB® en cas de :

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

DIURIMAT® 2,5 mg, Boîte de 30 comprimés pelliculés Indapamide

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 autres questions, 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 de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable 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 :

Indapamide (DCI) 2,50 mg
Excipients : amidon de maïs, lactose monohydraté, sodium laurylsulfate, povidone, talc, stéarate de magnésium, méthylhydroxypropylcellulose, dioxyde de titane, glycérol, polyéthylène glycol 6000, eau purifiée.

Liste des excipients à effet notoire : Lactose

3. CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

ANTIHYPERTENSEUR DIURETIQUE

(C: système cardio-vasculaire)

4. INDICATIONS

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle.

5. POSOLOGIE :

Posologie

Un comprimé par jour.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION DE VOTRE MEDECIN.

Mode d'administration

Voie orale.

Fréquence d'administration

Une seule administration par 24 heures de préférence le matin compte tenu de l'effet diurétique de ce médicament afin d'éviter d'éventuels réveils nocturnes.

Durée de traitement

SE CONFORMER A LA PRESCRIPTION DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais DIURIMAT® 2,5 mg comprimé

5200



halofantrine, perméthrine, sunitopride, terféridine, vincamine).

7. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, DIURIMAT® 2,5 mg, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

· Sensation de fatigue (asthénie) surtout en début de traitement.

· Plus rarement nausées, sécheresse de bouche, constipation, maux de tête, anomalie de la perception des sensations du toucher.

· Manifestations de type allergique, rares cas d'éruption cutanée chez les sujets prédisposés aux manifestations allergiques et asthmatiques.

· Sensation de vertige aux changements de position.

· Risque de déshydratation majorée chez les personnes âgées et chez les insuffisants cardiaques.

· Il est possible de constater des variations des paramètres sanguins, notamment une perte excessive de potassium, de sodium, plus particulièrement chez les sujets âgés ou dénutris, une élévation du taux de l'acide urique, du sucre, du calcium ou des modifications de la formule sanguine.

· Votre médecin peut demander de faire pratiquer des examens de laboratoire afin de contrôler ces paramètres.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

أوديس 20 ملغ
محتوي برشامات

LOT 211314
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

oméprazole, المحتوي لثلاثي
تسمى شبيطات مضخة البروتون. وهو

الاستعمالات العلاجية:

يستعمل أوديس 20 ملغ لعلاج الأمراض الآتية:
عند الأطفال:

الجزء الكبدية للترينيت، يصعد حمض المعدة عبر الذرى (أليوب) الرابط بين الخلق والمعدة) مما يؤدي إلى الألم والانتفاخ وحرقة. قرحة الجزء الأعلى من للصران (قرحة إثناعشرية) أو قرحة المعدة.
القرحة المتعددة بجرولمة تسمى للوية الموابية Helicobacter pylori. وفي هذه الحالة قد يصف لك طبيبكم مضادات حيوية لعلاج قرحة المعدة المرتبطة بتناول مضادات التهاب غير الستيرويدية. وقد يستعمل أوديس أيضا للوقاية من هذه القرحة إذا كنت تتناول هذه المضادات الالتهابية غير الستيرويدية.
قرحة الخصى في المعدة بسبب تضخم البروستاتا (مثلا عند الرجال - ليسبون).

عند الأطفال:
أوديس 20 ملغ أكثر من 10 كغ
يساعد على التخلص من حمض المعدة مرة واحدة والذين يكون وزنهم أقل من 10 كغ
الجزء الكبدية للترينيت، يصعد حمض المعدة عبر الذرى (أليوب) الرابط بين الخلق والمعدة) مما يؤدي إلى الألم والانتفاخ وحرقة. وقد تلاحظ الأعراض عند الأطفال صعود محتوى المعدة إلى الفم (الارتجاع) والنفخة والانتفاخ وارتفاع حمود في الوزن.
الأطفال الذين يقيضون من العمر أكثر من 4 سنوات والمراهقين والبالغين الذين يقيضون من العمر أكثر من 18 سنة
القرحة المتعددة بجرولمة تسمى للوية الموابية Helicobacter pylori. وفي هذه الحالة قد يصف لك طبيبكم مضادات حيوية لعلاج القرحة وشفاء القرحة.
الجرعة ونظام وآلو طريقة تناول. وعدد مرات تناول الدواء، وفترة العلاج.

أعرض دائما على تناول هذا الدواء وفقاً للجرعة التي وصفها لك الطبيب الخاص بك أو الصيدلي. استشر طبيبك أو الصيدلي إذا كنت غير متأكد.
يحدد لك طبيبكم عدد البرشامات التي تتناولها وفترة الاستعمال حسب حالتكم الصحية وسنك.
تحفظ:

المخبرات الموصى بها أثناء استعمالها عند الكبد

كيف تتصرف إذا وجدت أنت أو طفلك صعوبة في بلع البرشامات:
وبلع محتواها مباشرة مع نصف كأس من الماء أو ماء غير غازي أو عصير فواكه يحتوي على كمية (عصير البرتقال أو التفاح أو الأناناس) أو مربي

لما قيل شرية (لا يكون الخليط متجانسا) أو قبل انقضاء 30 دقيقة.
وإذا كاملا اشطف فاع الكأس بالماء واشربه. سلبه أو فخمها لأنها تحتوي على الدواء.

20 ملغ:
لأوديس 20 ملغ أو لأي مكونات أخرى يحتوي دواء. لا تخلط مع مكونات أخرى من مضببات دواء. لا تصبوا دواء الرابرهول.

هذا دواء يحتوي على ليفينافير (الذي يستخدم في عدة الأمراض) ويغرس نفس اللعانة (الكتسب). إذا كنت في الحالة الحادة أعلا لا تأخذ أوديس 20 ملغ إذا كانت لديك شكاوى استشر طبيبكم أو الصيدلي قبل تناول أوديس 20 ملغ.

7. الأعراض الجانبية:
كتمل كافة الأدوية من الحمض لا يكون لهذا الدواء تأثيرات غير مرغوب فيها رغم أن ذلك لا يخص جميع الأشخاص.
إذا لاحظت أحد هذه الآثار غير المرغوب فيها المتكررة ولكن الخطيرة توقف عن تناول أوديس 20 ملغ وسارع إلى الاتصال بالطبيب:
• قرح فماني: للتهنن الطبيعي في صغبر أو أوتفاخ الشفتين واللسان والخلق أو الجسم أو طفق جلدي أو فقدان الوعي أو صعوبات في البلع (تفاعلات حساسية خطيرة).
• احمرار الجلد: منتج مع زهر أو قشور تعلو الجلد. في بعض الأحيان يمكن أن تكون البثور كبيرة وصعوبة يتصرف في الشفتين والعينين والرقم والأف والأعضاء التناسلية. وقد يدل ذلك على وجود متلازمة ستيفنز جونسون أو انحلال البثرة الخري.
• قد تكون الصفرة والبول والقام والتعب أعراضا لمرض الكبد.

وهناك آثار أخرى جانبية غير مرغوب فيها:
آثار جانبية غير شائعة (يمكن أن تظهر في حمود شخص واحد من أصل 10):
• الصداع.
• تأثيرات على المعدة أو الأمعاء كإسهال وآلام للمعدة والإمساك.

وافتخاط البطن.
والغثاين أو الغثي.
الأورام الجديدة في المعدة.

الآثار الجانبية قليلة التردد (يمكن أن تظهر في حمود شخص واحد من أصل 100):
• تورم القدمين والكاحلين.
• مشاكل النوم (الأرق).
• دوخة. تشمل إرتخاء ورغبة في النوم.

• تغيرات في نتائج اختبارات الدم التي تضبط طريقة اشتغال الكبد.
• طفح جلدي وتورم الجلد والحنك.
• شعور بالضيق العام وضعف الحيوية والنشاط.

آثار غير مرغوب فيها نادرة (يمكن أن تظهر في حمود شخص واحد من أصل 1000):
• اضطرابات الدم مثل انخفاض عدد خلايا الدم البيضاء أو الصفائح الدموية. يمكن أن تسبب هذه الآثار ضعف في المناعة كعدم أو تسهيل المرض العدوي.
• الحساسية. وقد تكون أحيانا شديدة جدا بما في ذلك انتفاخ الشفتين واللسان والخلق والخصي والصفير.

• انخفاض مستويات الصوديوم في الدم. وقد يؤدي ذلك إلى إرتخاء عام وتقلص العضلات.

• إذا كان البراز يخرج أسود (ملون بالدم).
• إذا كنت تعاني من الإسهال الحاد أو المستديم لأن الأمبريول قد قد يرتفع طفيف في الإسهال الكمي.
• إذا كانت لديك مشاكل كبدية حادة.
• إذا قممت بظهور نفاخ الجلد بعد العلاج بدواء مشابه لأوديس

يقفل من حمض الصفراء.
• يجب إجراء اختبار دم محدد (Chromogranin A).
• إذا كنت تأخذ أوديس 20 ملغ لمدة طويلة (أكثر من سنة) سيفيق يقوم طبيبك بالتحقق بانتظام. يجب أن تجد بدقا لك الأعراض والآثار الجانبية أو الاستثنائية عند زيارتك للطبيب.

أخذ مضببات مضخة البروتون مثل أوديس 20 ملغ. وعموصا إذا تعدت فترة العلاج أكثر من سنة. قد يزداد قليلا من خطر مرض الورك والرسغ أو العمود الفقري. أخبر طبيبك إذا كان لديك مرض هشاشة العظام أو إذا كنت تأخذ الكورتكويك (corticoides) (والتي يمكن أن تزيد من خطر هشاشة العظام).

إذا تعرضت لطعن جلدي. خاصة في المناطق المعرضة للشمس. أخبر طبيبك في أقرب وقت ممكن. حيث قد تحتاج إلى التوقف عن تناول أوديس 20 ملغ. لا تنس أن تذكر أي آثار ضارة أخرى مثل الألم في الفم.

الأطفال:
قد يحتاج بعض الأطفال الصغار بأمراس مزمعة إلى علاج طويل الأمد. على الرغم من عدم التوصية بذلك. لا تعطي هذا الدواء للأطفال من سن 1 سنة أو أقل من 10 كجم.

الإشعارات المتعلقة بالتفاعلات مع أدوية أخرى المعروفة:
نظرا لاختواء هذا الدواء على السكون فإنه لا ينبغي باستعماله في حالة حساسية ضد الأدوية المضادة للفطريات سواء امتصاص الفلوكاز أو الفلاكازون أو نقص في أنزيم السكر / إيزوماثاز (أمراض وراثية نادرة).
9. التفاعل مع الأدوية وغيرها من التفاعلات:

تناول أدوية أخرى:
إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخرا دواء آخر بما في ذلك دواء من وصف طبيبك أخبر طبيبك بذلك أو الصيدلي. فقد تتفاعل مع تناول أوديس 20 ملغ تأثيرات على أدوية أخرى. كما أن بعض الأدوية قد يكون لها تأثير على أوديس 20 ملغ.

لا يجب أن تأخذ أوديس 20 ملغ إذا كنت تتناول دواء يحتوي على ليفينافير (يستعمل لعلاج آلام فقدان الذاكرة). عليك أن تعبر الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أحد الأدوية الآتية: الكينيدونال الإيزوكارونال البورونكوالون أو الفوريونكوالون (أدوية تستعمل لعلاج الإصابات العظمية).

• الديجوكسين (أدوية تستعمل لعلاج أمراض القلب).
• الديجوكسين (المستعمل في علاج الفلق والصرع أو كمناسك على ارتداء الصلصال).

• الفينيتوين (المستعمل في الصرع). إذا كنت تتناول الفينيتوين فمن الضروري التحصن لارتفاع نسبة الدم في الدم عند تناول أوديس 20 ملغ وعند التوقف عن تناوله.

• مضادات تخثر الدم التي تجعل الدم أكثر سهولة مثل الوارفارين أو غيرها من فيتامين ك. ومن الضروري في هذه الحالة الخضوع لمراقبة الطبيب عند البدء في استعمال أوديس 20 ملغ وعند التوقف عن تناوله.

• زيفاميسين (المستعمل في علاج آلام السهل).
• أناترافيل (المستعمل في علاج آلام فقدان اللعانة المكتسب).
• الكانكراموس (في حالة آلام الأمعاء).
• ميلبرينوس (مبيد حشري مبرورونو) (المستخدم في علاج الكائنات المعدلة).

• سيليستالون (المستعمل في علاج العرج المتقطع).
• سكلوبينافير (المستعمل في علاج آلام فقدان اللعانة المكتسب).
• كولوموغريل (التي تستعمل للوقاية من جلطات الدم (الغثرة)).

• Erlotinib (المستعمل في علاج السرطان).
• الميتونيكسيت (المستعمل بجرعة عالية في علاج الكبدية لعلاج السرطان). إذا كنت تأخذ جرعة عالية من الميتونيكسيت

ZYRTEC® 10 mg, comprimé pelliculé sécable
ZYRTEC® 10 mg/ml, solution buvable en gouttes
ZYRTEC® 1 mg/ml, solution buvable en flacon
Dichlorhydrate de cétirizine

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même si celui-ci se plaint de symptômes similaires.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE ZYRTEC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ZYRTEC ?
3. COMMENT PRENDRE ZYRTEC ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER ZYRTEC ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE ZYRTEC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Le dichlorhydrate de cétirizine est la substance active de ZYRTEC.
ZYRTEC est un médicament antihistaminique utilisé dans le traitement de l'allergie.

ZYRTEC solution buvable en gouttes et Zyrtec solution buvable en flacon sont indiqués chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans :
ZYRTEC comprimé est indiqué chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans :

- Pour le traitement des symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle.
- Pour le traitement des symptômes de l'urticaire.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ZYRTEC ?

Ne prenez jamais ZYRTEC

- Si vous avez une maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère avec une clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min).
- Si vous êtes allergique au dichlorhydrate de cétirizine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (voir rubrique 6 INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES), à l'hydroxyzine ou aux dérivés de la pipérazine (substances actives apparentées contenues dans d'autres médicaments).

Faites attention avec ZYRTEC

Si vous avez une insuffisance rénale, demandez conseil à votre médecin ; si nécessaire, vous devrez prendre une dose inférieure. La posologie adaptée sera déterminée par votre médecin.

Si vous êtes épileptique ou si vous présentez des risques de convulsions, demandez conseil à votre médecin.

Il n'a pas été observé d'interaction spécifique entre la cétirizine utilisée aux doses recommandées et l'alcool (jusqu'à la concentration sanguine d'alcool de 0,5 pour mille (g/l) correspondant à un verre de vin).

Toutefois, aucune donnée n'est disponible lors de la prise de doses plus importantes de cétirizine et d'alcool. Par conséquent, comme avec tout autre antihistaminique, il est recommandé d'éviter la prise d'alcool avec ZYRTEC.

Si vous devez subir des tests pour le diagnostic de l'allergie (test cutané par exemple), il convient d'arrêter de prendre ce médicament au moins 3 jours avant leur réalisation car il peut en modifier les résultats. Demandez à votre médecin ce qu'il convient de faire avant la réalisation des tests pour le diagnostic de l'allergie.

Prise d'autres médicaments

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

Aliments et boissons

L'absorption de la cétirizine contenue dans ZYRTEC n'est pas modifiée par la prise concomitante d'aliments.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou si vous envisagez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'utilisation de ZYRTEC doit être évitée pendant la grossesse. L'utilisation par inadvertance en cours de grossesse ne devrait pas avoir d'effet délétère sur le fœtus. Cependant, ce médicament devra être administré uniquement si nécessaire et après avis médical.

Par conséquent, vous ne devez pas prendre ZYRTEC pendant l'allaitement sans avoir demandé l'avis de votre médecin.

de la vigilance, du temps de réaction ou de la capacité à conduire après

ZYRTEC® 10 mg, comprimé pelliculé sécable
ZYRTEC® 10 mg/ml, solution buvable en gouttes
ZYRTEC® 1 mg/ml, solution buvable en flacon
Dichlorhydrate de cétirizine

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même si celui-ci se plaint de symptômes similaires.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE ZYRTEC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ZYRTEC ?
3. COMMENT PRENDRE ZYRTEC ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER ZYRTEC ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE ZYRTEC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Le dichlorhydrate de cétirizine est la substance active de ZYRTEC.
ZYRTEC est un médicament antihistaminique utilisé dans le traitement de l'allergie.

ZYRTEC solution buvable en gouttes et Zyrtec solution buvable en flacon sont indiqués chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans :
ZYRTEC comprimé est indiqué chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans :

- Pour le traitement des symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle.
- Pour le traitement des symptômes de l'urticaire.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ZYRTEC ?

Ne prenez jamais ZYRTEC

- Si vous avez une maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère avec une clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min).
- Si vous êtes allergique au dichlorhydrate de cétirizine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (voir rubrique 6 INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES), à l'hydroxyzine ou aux dérivés de la pipérazine (substances actives apparentées contenues dans d'autres médicaments).

Faites attention avec ZYRTEC

Si vous avez une insuffisance rénale, demandez conseil à votre médecin ; si nécessaire, vous devrez prendre une dose inférieure. La posologie adaptée sera déterminée par votre médecin.

Si vous êtes épileptique ou si vous présentez des risques de convulsions, demandez conseil à votre médecin.

Il n'a pas été observé d'interaction spécifique entre la cétirizine utilisée aux doses recommandées et l'alcool (jusqu'à la concentration sanguine d'alcool de 0,5 pour mille (g/l) correspondant à un verre de vin).

Toutefois, aucune donnée n'est disponible lors de la prise de doses plus importantes de cétirizine et d'alcool. Par conséquent, comme avec tout autre antihistaminique, il est recommandé d'éviter la prise d'alcool avec ZYRTEC.

Si vous devez subir des tests pour le diagnostic de l'allergie (test cutané par exemple), il convient d'arrêter de prendre ce médicament au moins 3 jours avant leur réalisation car il peut en modifier les résultats. Demandez à votre médecin ce qu'il convient de faire avant la réalisation des tests pour le diagnostic de l'allergie.

Prise d'autres médicaments

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

Aliments et boissons

L'absorption de la cétirizine contenue dans ZYRTEC n'est pas modifiée par la prise concomitante d'aliments.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou si vous envisagez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'utilisation de ZYRTEC doit être évitée pendant la grossesse. L'utilisation par inadvertance en cours de grossesse ne devrait pas avoir d'effet délétère sur le fœtus. Cependant, ce médicament devra être administré uniquement si nécessaire et après avis médical.

Par conséquent, vous ne devez pas prendre ZYRTEC pendant l'allaitement sans avoir demandé l'avis de votre médecin.

de la vigilance, du temps de réaction ou de la capacité à conduire après

Megasfon®

Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 160 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Ce médicament peut être utilisé en automédication c'est à dire utilisé sans consultation ni prescription d'un médecin.

Si les symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.

Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Gardez là, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

NE LAISSEZ PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS

PRESENTATION

MEGASFON® 80 mg et 160 mg, comprimés orodispersibles boîte de 10 et 20.

MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires, boîte de 8.

COMPOSITION

Substance actives : Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg contient 80 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé orodispersible

MEGASFON® 160 mg contient 160 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé orodispersible

MEGASFON® suppositoires contient 150 mg de Phloroglucinol hydraté et 150 mg de Triméthylphloroglucinol par suppositoire.

Excipients : qsp 1 comprimé orodispersible ou 1 suppositoire.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Si vous êtes une femme enceinte, vous devez demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre ce médicament. L'utilisation de MEGASFON® ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

Allaitement

L'utilisation de MEGASFON® est déconseillée chez la femme qui allaite.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

SPORTIFS

Sans objet.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Lactose, aspartam.

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION

Posologie

MEGASFON® 80 mg comprimés orodispersibles :

Chez l'adulte, la posologie usuelle est de 2 comprimés orodispersibles par jour, à prendre au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants.

Chez l'enfant, 1 comprimé orodispersible 2 fois par jour.

MEGASFON® 160 mg comprimés orodispersibles, est RESERVE A L'ADULTE.

Prenez 1 comprimé orodispersible, à renouveler en cas de spasmes importants en respectant la prise sans dépasser 3 comprimés d'adulte.

MEGASFON® suppositoires : 3 sup

Mode et voies d'administration

MEGASFON® comprimés orodisp

Chez l'adulte, le comprimé est à

sous la langue pour obtenir un

Chez l'enfant, le comprimé est à dissoudre dans

MEGASFON® suppositoires : Voie rectale

LOT : 9646
PER : 06-24
P.P.V : 58 DH 30



COMPOSITION, FORMES ET PRÉSENTATIONS

VERZOL® 400 mg, boîte de 1 comprimé

Albendazole (DCI).....400 mg
Excipients q. s. p.....1 comprimé

Chaque étui contient 1 comprimé dosé à 400 mg, soit 400 mg d'albendazole.

VERZOL® 400 mg, Flacon de 10 ml :

Albendazole (DCI).....400 mg
Excipients aromatisés q. s. p.....10 ml

Chaque flacon contient 10 ml de suspension buvable soit 400 mg d'albendazole.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Anthelminthique (antiparasitaire)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Le principe actif de la spécialité **VERZOL®** est l'albendazole, appartenant à la famille des benzimidazole. Sur cette base, **VERZOL®** a des indications suivantes : Oxyurose, Ascarirose, Ankylostomose, Trichinellose. Pour le téniasis, le traitement par l'albendazole est la parasitose associée sensible à l'albendazole.

CONTRE-INDICATIONS

LOT: 22019 PER: 01/2025
PPV: 20/00 DH



COMPOSITION, FORMES ET PRÉSENTATIONS

VERZOL® 400 mg, boîte de 1 comprimé

Albendazole (DCI).....400 mg
Excipients q. s. p.....1 comprimé

Chaque étui contient 1 comprimé dosé à 400 mg, soit 400 mg d'albendazole.

VERZOL® 400 mg, Flacon de 10 ml :

Albendazole (DCI).....400 mg
Excipients aromatisés q. s. p.....10 ml

Chaque flacon contient 10 ml de suspension buvable soit 400 mg d'albendazole.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Anthelminthique (antiparasitaire)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Le principe actif de la spécialité **VERZOL®** est l'albendazole, appartenant à la famille des benzimidazole. Sur cette base, **VERZOL®** a des indications suivantes : Oxyurose, Ascarirose, Ankylostomose, Trichinellose. Pour le téniasis, le traitement par l'albendazole est la parasitose associée sensible à l'albendazole.

CONTRE-INDICATIONS

LOT: 22019 PER: 01/2025
PPV: 20/00 DH