

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- 0031491

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6513 Société : MAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAZOURANI ABDELLAH

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 :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

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.

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 canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 201006513

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAZOUANI ABBEDRAHMANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 704,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdeltah BENDKARIM
Médecin Généraliste
Oulfa - Cité Assalam Groune 6 Appt 7 1er Etage
CASABLANCA - Tel : 05.22.934.938

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/2022

Nom et prénom du malade : MAZOUANI ABBEDRAHMAN

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : HTA, A.R.C.O., hypertension, D.E.N.B.A.

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) :



RELEVE 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		150	Dr. Abdellah BENKADDOU Médecin Généraliste Oulfa Cite Assalam Groupe 710 El Ech CASABLANCA - Tel: 05.22.934.938
22-2				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. M. A. A. N. RAYAH RACHID Cite Essalam Imme 77 N°1 El Oulfa Fax: 05.22.83.34 Doha - Qatar	25/10/22	554,10

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

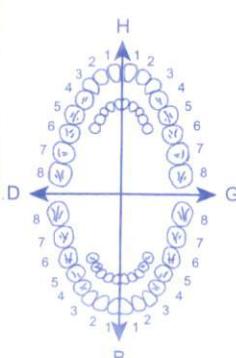
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

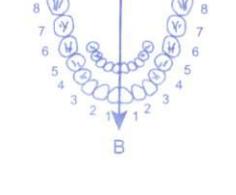
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F											
PROTHESES DENTAIRES											
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
H						G					
25533412 00000000 00000000						21433552 00000000 00000000					
00000000 35533411						00000000 11433553					
B											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
D 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 العالى بنكرىم

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 :

5541 N

49,40

5 calcin 6 Ry m Amex
19 XII 2022

5200

5 diurinat 2,1 m Amex

(2x99,05) 19 XII 2022
30,05

3,0000

(2x63,20) 19 XII 2022
126,40

4,2000

58,30 19 XII 2022

5 Megalon 160

(2x20,00) 19 XII 2022
40,00

5 Verol 400

5 19 XII 2022

العبال - النسكة الأطفال

Mazouan. Abderrahman

5

احمد ديان
PHARMACIE AHMED DIAAN
Dr. MALKI Noureddine
Résidence Cité Essalam, «Addoha» GH 9.
Imm. 7 N°1 El Oulfa
Tél/Fax: 05 22 93 83 34 - Casablanca

Dr. Abdelali BENKARIM
Médecin généraliste
Oulfa - Cité Essalam Groupe 6 Imm 44, 1er étage Appart N°7
CASABLANCA - Tél: 05 22 934 938

Hommes, femmes & enfants

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

حي الالفة، المجمع السكني الضحى دار السلام طريق الرحمة المجموعة 6 عمارة 44 رقم 7 الطابق الرابع

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

CALCINIB® 5 & 10 mg, 14 & 28 comprimés

Résumé d'information

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

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

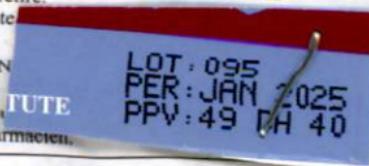
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. N
de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous
cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

cin ou à

je 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 glyccolate 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 glyccolate 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'amiodipine 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'amiodipine ne sont pas corrélés au degré d'insuffisance rénale, une posologie usuelle est donc recommandée. L'amiodipine n'est pas dialysable.

5. Contre indications :

ne 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, polyéthyléneglycol 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

59,00



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

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

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.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même si
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans la notice, contactez votre pharmacien.

Dans cette notice :

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

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 A 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 SUPPLEMENTAIRES), 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 allez, 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, si l'allaitement 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.



63 20

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

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.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même si
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans la notice, contactez votre pharmacien.

Dans cette notice :

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

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 A 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 SUPPLEMENTAIRES), 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 allez, 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, si l'allaitement 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.



63 20

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.

Allaitemt

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

spasmes importants en respectant une prise sans dépasser 3 comprimés d'MEGASFON® suppositoires : 3 sup-

Renouvelez en cas de

spasmes

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

LOT : 9646
PER : 06.24
P.P.V : 58 DH 30

MEGASFON® suppositoires : Voie rectale



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

Antihelminthique (antiparasitaire)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Le principe actif de la spécialité **VERZOL®** est l'albendazole, membre de la famille des benzimidazoles. Sur cette base, **VERZOL®** est indiqué pour les indications suivantes : Oxyurose, Ascardiose, Ankylostomose, Trichinellose. Pour le téniasis, le traitement par l'albendazole est indiqué dans les parasitoses associées sensibles à l'albendazole.

LOT : 22019 PER : 01/2025
PPV : 29.00 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

Antihelminthique (antiparasitaire)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Le principe actif de la spécialité **VERZOL®** est l'albendazole, membre de la famille des benzimidazoles. Sur cette base, **VERZOL®** est indiqué pour les indications suivantes : Oxyurose, Ascardiose, Ankylostomose, Trichinellose. Pour le téniasis, le traitement par l'albendazole est indiqué dans les parasitoses associées sensibles à l'albendazole.

LOT : 22019 PER : 01/2025
PPV : 29.00 DH