

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0005629

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02082

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAATOR AICHA

Date de naissance :

Adresse :

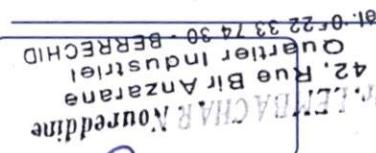
Tél. : 0660512941

Total des frais engagés :

Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/11/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

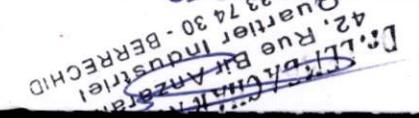
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/11/2022



## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 01/11/2012      | C                 | X                     | 150,00                          | 11/11/2012 - BERNARD - BERECHEHID<br>Bureau d'Assurance Maladie |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------------|-----------------------|
| Dr. J. P. BERNARD                      | 19/11/2012 | 336,70                |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

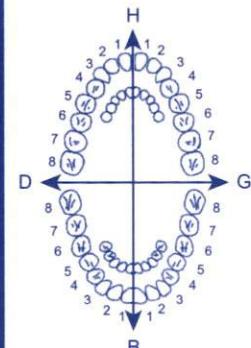
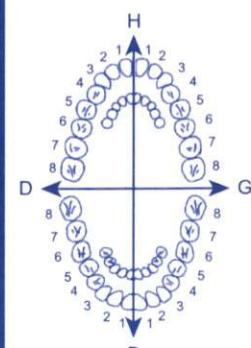
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

## 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 canalaire, 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                  |
| ODF PROTHESES DENTAIRES                                                               | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                                  |                      | Coefficient DES TRAVAUX          |
|  | H                                         | 25533412<br>00000000<br>35533411 | G                    | 21433552<br>00000000<br>11433553 |
| D                                                                                     | 00000000<br>35533411                      | B                                | 00000000<br>11433553 | MONTANTS DES SOINS               |
| G                                                                                     |                                           |                                  |                      | DATE DU DEVIS                    |
| B                                                                                     |                                           |                                  |                      | DATE DE L'EXECUTION              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى
- علاج الآلم

Fait à Berrechid le .....

02/11/2022

79,70

NATIN

Aïche

Aix 500

58,50 191

Colipax 50

75,00 291

NATIN

23,90 1 per x 21.

Colipax 50

53,00 109 x 30  
K - Plus 10

56,60 35  
Difestee

12, Rue Bir Anzarane Quartier industriel - Berrechid - Tel: 0522 337430  
رقة بئر ازاران الحى الصناعي، برشيد - الهاتف : 0522 33 74 30

Dr. LEMBACHAR Nourddine  
Pharmacie IBN KOCHD  
30, Rue N. Layla 1000 Laazhar  
BERREC - Tel: 0522 32 70 47

Dr. LEMBACHAR Nourddine  
42, Rue du Maroc 1000 Berrechid  
Dr. LEMBACHAR Nourddine

# Di-INDO®

(Indométhacine calcique pentahydrate)

## 1- DENOMINATION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 25 mg en boîtes de 30 comprimés.
- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg en boîtes de 30 comprimés.
- DI-INDO® Gélules dosées à 25 mg (imprimées «DI-INDO® 25 mg») ivoire orange en boîtes de 30 gélules.
- DI-INDO® Comprimés effervescents dosés à 50 mg en boîtes de 15 comprimés.
- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 50 mg en boîtes de 15 comprimés.
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 50 mg en boîtes de 10 suppositoires.
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 100 mg en boîtes de 10 suppositoires.

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 de 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

. DI-INDO® Comprimés dispersibles à 25 mg

Indométhacine calcique pentahydrate ..... 25 mg  
Excipients : Crospovidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate.

. DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg

Indométhacine calcique pentahydrate ..... 25 mg  
Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, arôme pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, antimousse PD 30, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

. DI-INDO® Gélules à 25 mg

Indométhacine calcique pentahydrate ..... 25 mg  
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, lécithine de soja purifiée, carboxyméthyl amidon sodique, lactose monohydrate. Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, jaune de quinoléine, jaune orange FCF, calibrage n° 2.

. DI-INDO® Comprimés effervescents à 50 mg

Indométhacine calcique pentahydrate ..... 50 mg  
Excipients : Saccharine sodique, arôme pamplemousse, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, siméthicone émulsion, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

. DI-INDO® Comprimés dispersibles à 50 mg

Indométhacine calcique pentahydrate ..... 50 mg  
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate, cellulose microcristalline.

. DI-INDO® Suppositoires à 50 mg

Indométhacine calcique pentahydrate ..... 50 mg  
Excipients : Glycérides hémisynthétiques solides, Glycerides polyglycérols saturés.

. DI-INDO® Suppositoires à 100 mg

Indométhacine calcique pentahydrate ..... 100 mg  
Excipients : Glycérides hémisynthétiques solides, Glycerides polyglycérols saturés.

## LISTES DES EXCIPENTS A EFFET NOTOIRE

× Comprimé dispersible : Lactose.

× Gélule : Lactose.

× Comprimé effervescent : Sodium : environ 596 mg de sodium par comprimé effervescent à 25 mg et environ 592 mg de sodium par comprimé effervescent à 50 mg.

## 3 - CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Anti-inflammatoire non stéroïdien, inhibiteur préférentiel de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2).

## 4 - INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :
  - certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
  - certaines arthroses sévères;
- en traitement de courte durée de :
  - certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinites,

bursites, épaule douloureuse aiguë),

certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux tala

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPU 53DH00  
EXP 05/2024  
LOT 21012 2

Fréquence et mode d'administration

- Suppositoires : 1 à 2 suppositoires à 50 mg par jour,
- ou 1 suppositoire à 100 mg par jour (le soir au coucher).
- Voie orale : 2 à 6 gélules ou comprimés dispersibles ou comprimés effervescents à 25 mg en doses fractionnées par jour.
- 1 à 3 comprimés dispersibles ou comprimés effervescents à 50 mg en doses fractionnées par jour.

Durée du traitement

DI-INDO® doit être utilisé aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin l'aura conseillé.

Si vous avez pris plus de DI-INDO® que vous n'auriez dû : en cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.

## 6 - CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais DI-INDO® dans les cas suivants :

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, acide acétylsalicylique (aspirine),
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- antécédents de saignements gastro-intestinaux ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par AINS,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien en évolution ou récidivant,
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,
- maladie grave du foie,
- maladie grave du rein,
- maladie grave du cœur,
- enfant de moins de 15 ans.

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

## 7 - EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, DI-INDO® est susceptible d'entraîner des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Les médicaments tels que DI-INDO® pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral.

- Peuvent survenir :
  - des réactions allergiques :
  - cutanées de type éruption, urticaire, démangeaisons, inflammation des vaisseaux sanguins, rougeur, exceptionnellement : éruption cutanée lors d'une exposition au soleil;
  - respiratoires de type crise d'asthme, œdème pulmonaire;
  - générales, brusque gonflement du visage et du cou (œdème de Quincke).
  - rarement, un décollement de la peau pouvant rapidement s'étendre de façon très grave à tout le corps,
  - rarement, jaunisse.
  - Dans certains cas rares, il est possible que survienne une hémorragie digestive.
- Celle-ci est d'autant plus fréquente que la posologie utilisée est élevée.
- Dans tous ces cas, arrêter le traitement et avertir un médecin
- Peuvent survenir également :
  - des troubles digestifs : maux d'estomac, nausées, vomissements, diarrhée, constipation,
  - des maux de tête, vertiges, fatigue intense, confusion mentale, syncope, somnolence, insomnie, angoisse, convulsions,
  - des troubles psychiques : délires, hallucinations,
  - des troubles neurologiques : atteinte des nerfs des membres, mouvements involontaires, faiblesse musculaire et plus rarement, fourmillements, difficultés d'écoulement,
  - des troubles visuels : rarement, douleurs des orbites, vision trouble,
  - des troubles du fonctionnement des reins,
  - des troubles de l'audition : rarement, surdité,
  - des troubles cardiaques : rarement, hypo ou hypertension, palpitations, douleur thoracique, troubles du rythme, œdèmes périphériques,

# NAZAIR® 50µg /dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Propionate de fluticasone

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

### Dénomination

NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale.

### Forme pharmaceutique et présentations

Suspension pour pulvérisation nasale, boîte de 1 flacon pulvérisateur avec pompe dosseuse assurant 100 doses de 50 µg.

### Composition

Propionate de fluticasone (DCI) ..... 50,30 µg  
Équivalent en fluticasone ..... 50 µg

**Excipients :** Dextrose anhydre, cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose sodium, chlorure de benzalkonium, polysorbate 80, alcool phénylethylique, eau purifiée, q.s.p une pulvérisation.

### Classe pharmaco-therapeutique

Glucocorticoïde par voie locale.

## 2. DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

### Indications :

Ce médicament contient un corticoïde. Il s'administre par voie nasale.

C'est un médicament anti-inflammatoire indiqué:

- en traitement de la rhinite allergique chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans et uniquement en traitement de la rhinite allergique saisonnière (rhume des foins) chez l'enfant de 4 à 12 ans.
- pour soulager les symptômes liés à la présence de polypes dans les fosses nasales chez l'adulte.

## 3. DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :

### Contre indications :

Ne prenez jamais NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale dans les cas suivants:

- allergie à l'un des composants,
- trouble de la coagulation sanguine avec en particulier saignements de nez,
- en cas d'infection herpétique nasale, buccale, orale ou oculaire.

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

Faites attention avec NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale.

### Mises en garde spéciales :

En cas de surinfection (mouchage purulent), de fièvre ou d'infection broncho-pulmonaire concomitante, prévenir votre médecin.

Ce produit n'est pas recommandé chez les patients ayant subi récemment une intervention chirurgicale ou un traumatisme au niveau du nez, tant que la guérison n'est pas complète.

### Précautions d'emploi :

Ce médicament est un traitement régulier et continu. Son efficacité sur les symptômes ne peut apparaître que plusieurs jours après le début du traitement. Pour que ce médicament soit actif, les fosses nasales doivent être libres.

Il convient par conséquent de se moucher avant l'instillation du produit.

Si l'obstruction nasale (sensation de nez bouché) persiste malgré la mise en route du traitement, consultez votre médecin afin qu'il réévalue le traitement.

En cas de traitement prolongé, un examen détaillé de la muqueuse nasale doit être réalisé.

**Excipients à effet notoire :** En raison de la présence du chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une gêne respiratoire.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### Interactions médicamenteuses et autres interactions :

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Sportifs

Attention cette spécialité contient un principe actif qui peut donner une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles sportifs.

LOT: GA10513

PER: 09/2023

PPV: 75 DH 00

machines.

## 4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

### Posologie :

- Rhinite allergique :

Adulte et enfant de plus de 12 ans: 200 µg de NAZAIR® 1 fois par jour le matin. La posologie maximale est de 2 pulvérisations. Enfant de 4 à 12 ans: en traitement de rhinite allergique saisonnière uniquement: 100 µg par jour soit 1 pulvérisation. La posologie maximale est de 1 pulvérisation.

La mise en route et la durée du traitement sont déterminées par le médecin.

- Polyposie nasosinusiennne:

Traitement d'attaque: 400 µg par jour, 2 fois par jour, matin et soir.

Une fois le contrôle des symptômes obtenu, le traitement d'entretien: 200 µg par jour, 1 fois par jour le matin.

Dans tous les cas il convient de toujours suivre les recommandations du médecin.

DANS TOUS LES CAS SE CONSULTER AVEC LE MEDECIN.

### Mode et voie d'administration :

#### Voie nasale.

- Mouchez-vous doucement pour dégager les fosses nasales.

• Agitez doucement le flacon.

- Retirez le capuchon protecteur des canaux latérales.

• Bouchez une narine, penchez la tête vers l'arrière; insérez doucement l'application dans le haut en bas sur la collerette du flacon.

• Répétez l'opération pour l'autre narine.

• Essuyez l'applicateur non utilisée. Lors de la toute première utilisation, lavez le flacon avec de l'eau et essuyez-le avec un chiffon.

• Sur la collerette avec un chiffon, essuyez le flacon. Pressez jusqu'à ce que l'application soit délivrée.

• Répétez l'opération pour l'autre narine.

• Essuyez l'applicateur non utilisée. Lors de la toute première utilisation, lavez le flacon avec de l'eau et essuyez-le avec un chiffon.

• Sur la collerette avec un chiffon, essuyez le flacon. Pressez jusqu'à ce que l'application soit délivrée.

• Répétez l'opération pour l'autre narine.

• Essuyez l'applicateur non utilisée. Lors de la toute première utilisation, lavez le flacon avec de l'eau et essuyez-le avec un chiffon.

• Sur la collerette avec un chiffon, essuyez le flacon. Pressez jusqu'à ce que l'application soit délivrée.

• Répétez l'opération pour l'autre narine.

• Essuyez l'applicateur non utilisée. Lors de la toute première utilisation, lavez le flacon avec de l'eau et essuyez-le avec un chiffon.

**Polery adults 200ml, sirop**  
Codeine base ~ Extrait fluide d'Erysimum

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
Gardez cette notice pour vous avoir besoin de la relire.

Si vous avez une 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 de 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.

**Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s) et en excipients :**

Codeine

Extrait fluide d'Erysimum

Benzalate de sodium

Nipagine

Extrait de polygal

Acide citrique anhydre

Sucre semoule

Eau déminéralisée

**Excipients et notice :** Saccharose, Alcool, Nipagine.

**Fonction pharmacothérapeutique et présentation :**

Sirop en flacon en verre type III avec bouchon en Aluminium, facon de 200 ml

**Classe pharmacothérapeutique :**

**ANTITUSSIF OPiACE**

**(R : système respiratoire)**

Codeine : opiacé; antitussif d'action centrale, ayant un effet dépresseur sur les centres respiratoires.

Erysimum : phytothérapie à visée antitussive.

**Indications :**

Traitement symptomatique des toux non productives gênaantes

**Mode, voie d'administration et posologie :**

RESERVE A LA ADULTE ET A L'ADOLESCENT DE PLUS DE 15 ANS.

Voie orale

1 cuillère à soupe (15 ml) contient 11,8 mg de codeine.

Le traitement symptomatique doit être court (quelques jours) et limité aux horaires où survient la toux. Les prises doivent être espacées de 6 heures minimum. En l'absence d'autre prise médicamenteuse, la dose quotidienne totale ne doit pas dépasser 120 mg chez l'adulte et l'adolescent de plus de 15 ans et de plus de 51 kg de poids corporel.

**La posologie usuelle est :**

• Adulte et adolescent de plus de 15 ans (plus de 50 kg de poids corporel) : 1 cuillère à soupe (15 ml) par prise à renouveler au bout de 6 heures en cas de besoin, sans dépasser 4 prises par jour.

L'utilisation de POLERY ADULTES n'est pas recommandée chez les adolescents dont la fonction respiratoire est altérée.

**Populations spécifiques**

chez les patients présentant des insuffisances hépatiques, la posologie initiale sera diminuée de moitié par rapport à la posologie conseillée chez l'adulte et pourra éventuellement être augmentée en fonction de la tolérance et des besoins.

**Contre-indications :**

• Allergie (hypersensibilité) aux substances actives ou à l'un des excipients, insuffisance respiratoire, Toux, de la tolérance et des besoins.

avec les agonistes-antagonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pénazocine). Allaitement, Patients connus comme étant des métaboliseurs ultrarapides des substrats du CYP2D6, en association

**DU CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN**

**Effets indésirables :**

Aux doses thérapeutiques, les effets indésirables de la codeine sont comparables à ceux des autres opiacés, mais ils sont plus rares et modérés.

**Possibilité de :**

• Constipation, somnolence, états verbeux, nausées, vomissements.

**Réactions :**

• bronchospasme, réactions cutanées allergiques, dépression respiratoire.

**Aux doses supra-thérapeutiques :** il existe un risque de dépendance et de syndrome de sevrage à l'anxiété brutale, qui peut être observé chez l'utilisateur et chez le nouveau-né de mère toxicomane.

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.

**Mises en garde et précautions d'emploi :**

Mises en garde spéciales

**ATTENTION : Le titré alcoolique de ce médicament est de 2% (2% V/V) soit 369 mg d'alcool (éthanol) par cuillère à soupe (15 ml) de sirop.**

L'utilisation de ce médicament est dangereuse chez les sujets alcooliques et si deux prises se complètent chez les femmes enceintes ou allaitant, les enfants et les groupes à haut risque tels que les insuffisants hépatiques ou les épileptiques.

Ce médicament contient 9 g de saccharose par cuillère à soupe (15 ml) dont il faut tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète. Ce médicament contient du saccharose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au saccharose, un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose ou un déficit en sucrase/émolitase. Ce médicament contient du nipaçine et peut provoquer des réactions allergiques (souvent décalées).

Un traitement prolongé par la codeine a pour effet de dépendre l'adulte de la défense broncho-pulmonaire, sont à respecter. Il est illégitime d'associer un expectorant ou un mucolytique à ce médicament. Ainsi, pour éviter de prendre un traitement antitussif, il convient de rechercher les causes de la toux et prendre un traitement spécifique. Si la toux résiste à un antitussif administré à une posologie usuelle, on ne doit pas prendre plus de deux cuillères de codeine par jour.

**Précautions d'emploi**

La prudence est requise en cas d'hypertension intracrânienne qui pourrait être majorée lors de l'administration de codeine. La prise de boissons alcoolisées et de médicaments contenant de l'alcool pendant le traitement est déconseillée.

**Métabolisme et CYP2D6**

La codeine est métabolisée en morphine, son métabolite actif, par le cytochrome CYP2D6 au niveau hépatique. En cas de déficit ou d'absence totale de cette enzyme, l'effet thérapeutique attendu ne sera pas obtenu. On estime que jusqu'à 7 % de la population

caucasiennes pourraient présenter ce déficit. Toutefois, si le patient est un métaboliseur important ou ultrarapide, le risque de survenue d'effets secondaires liés à la toxicité des opiacés est accru, même aux doses habituellement prescrites. Chez ces patients, nausées, vomissements, constipation et état d'appétit. Dans les cas avancés, il peut y avoir une maladie circulatoire et respiratoire, pouvant engager le pronostic vital, avec une issue fatale rapportée dans de très rares cas.

| Population       | Prévalence (%) |
|------------------|----------------|
| Afro-Américain   | 29%            |
| Asiatique        | 3,4% à 6,5%    |
| Alpin            | 1,2% à 2%      |
| Caucasien        | 3,6% à 6,5%    |
| Grec             | 0,5%           |
| Hongrois         | 1,9%           |
| Européen du Nord | 1% à 2%        |

Adolescents dont la fonction respiratoire est altérée

L'utilisation de la codeine n'est pas recommandée chez les adolescents dont la fonction respiratoire est altérée, y compris en cas de déficit neuromusculaire, d'affections cardiaques ou respiratoires sévères, d'infection aiguë, de convulsions, de crises convulsives, de maladie de l'oreille moyenne, de maladie de l'oreille supérieure



# Cotipred® 20 mg

Prednisolone

## COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme métasulfobenzoate sodique) exprimé

Excipient q.s.p.....

Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme)

## PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescentes avec barre de

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son

## CONTRE-INDICATIONS :

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

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

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

## MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

## AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

## PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bépridil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT :

**GROSSESSE :** Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

**ALLAITEMENT :** L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

CONTENU : 20 comprimés, excipients à effet notoire : voir notice.

PPV : 48DH50

PER : 10/24

LOT : K2829



bottu sas.  
82, Allée des Cauquins - Ain Seba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# AZIX®

## COMPOSITION ET PRÉSENTATION

Comprimé 500 mg sécable, boîte de

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitements des infections dues aux

- infections respiratoires hautes

pharyngite;

- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);

- infections odontostomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.

- Insuffisance hépatique sévère.

## MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en

coups de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.

- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique

survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.

- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une

maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle

n'est pas recommandée.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées

d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse,

allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.

- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg

en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).



bottu s.a  
82, Allée des Casuarinas – Ain Sebaa - Casablanca  
S. Bachouchi – Pharmacien Responsable

**Diprostène®****Suspension injectable en seringue pré-remplie****Bétaméthasone**

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NR0  
P.P.V: 56.60 DH

E47501  
06/2023

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
3. COMMENT UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticoides à usage systémique non associés, code ATC : H02AB01. Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué en cas de rhinite allergique.

Il peut être utilisé en injection locale en dermatologie, en rhumatologie et en ORL.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?

**USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE**

N'utilisez jamais DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie dans les cas suivants :

- chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la présence d'alcool benzylique,
- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.