

# 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**Déclaration de Maladie**  
**M22- 0005332**

☒ **Maladie** *06083* ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *06083* Société : *144690*  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : *EL MAHANI AMINA*  
 Date de naissance : *16-09-1951*  
 Adresse : *N°30 rue 15 quartier Nijima Casablanca*  
 Tél. : *0666 138379* Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. D. EL AMRAOUI Psychiatre Psychotérapeute Ad. Rahal El Meskini - Casa Tél: 05 22 30 66 62*  
 Date de consultation : *22/12/22*  
 Nom et prénom du malade : *EL MAHANI AMINA* Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : *Trouble mental*  
 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 : *Casablanca* Le : ...../...../.....  
 Signature de l'adhérent(e) : *AMINA*

Autorisation CNDP N° : A-A-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/12/22        | 3                 |                       | 300,00                          |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie de Lorraine SARL<br>2, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca<br>Tél: 0522 26 35 40 / 0522 22 27 56<br>ICF: 002536701000094 | 22/12/2022 | 919,50                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

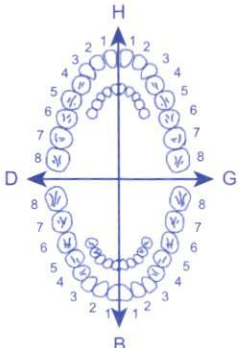
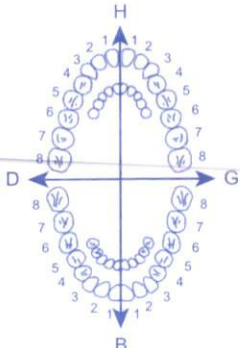
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|---|--|------------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|    |  |                  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | D  | G                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | B  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Driss El Amraoui**

**Psychiatre**

Ancien Assistant Spécialiste  
des Hôpitaux de France (Paris)

Tél. : 05 22 30 66 62

**الدكتور إدريس العمراوي**

**إختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية**

طبيب إختصاصي مساعد سابقاً بمستشفيات

فرنسا (باريس)

الهاتف : 05 22 30 66 62

Casablanca, le 22/12/2022 في الدار البيضاء

**S.V**

EL NAHII  
AMINA

54296

- Sutapelo

54297

- Medizap 2.5

**S.V**

193,00 x 3

113,50 x 3

919,50

**ALAOUI FOILI Mostafa**  
Pharmacie de Lorraine SARL  
32, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél.: 0522 26 35 40 / 0522 22 27 56  
ICE: 00233670100094

Trois

**Dr. D. EL AMRAOUI**  
Psychiatre  
Psychothérapeute  
39, Bd. Rahal El Meskini - Casa  
Tél: 05 22 30 66 62

Traitement pour :

39, شارع رجال المسكيني - الطابق 4، شقة 8 (مصعد) - الدار البيضاء أنفا  
39, Bd. Rahal El Meskini, Apt N° 8 - 4<sup>ème</sup> étage (Ascenseur) - Casa - Anfa

**MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg, 7,5mg et 10 mg****Olanzapine****COMPOSITION :**

|                    | Medizapin 2,5   | Medizapin 5        | Medizapin 7,5     |
|--------------------|---|--------------------|-------------------|
| Olanzapine         | 2,5 mg  | 5 mg               | 7,5 mg            |
| Excipients communs | Lactose, Hydroxypropylcellulose faiblement substituée, Hydroxypropylcellulose, Stéarate de magnésium, Hydroxypropylméthylcellulose, Talc, Propylène glycol, Dioxyde de titane |                    |                   |
| Autres excipients  | Oxyde de fer jaune  | Oxyde de fer rouge | Oxyde de fer noir |

**FORMES ET PRESENTATIONS :**

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 7,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu au traitement par l'olanzapine lors d'un épisode maniaque.

**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

**Adulte :**

- Schizophrénie : La dose initiale recommandée est de 10 mg par jour.
- Épisode maniaque : La dose initiale est de 15 mg par jour en une seule prise en monothérapie ou 10 mg par jour en association.
- Prévention des récurrences dans le cadre d'un trouble bipolaire : la dose initiale recommandée est de 10 mg/jour.

La posologie journalière peut être adaptée en fonction de l'état clinique du patient entre 5 et 20 mg par jour.

- Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : la dose initiale recommandée est de 5 mg par jour.
- Patients âgés : Une dose initiale plus faible (5 mg par jour) n'est pas indiquée de façon systématique mais doit être envisagée chez les patients âgés de 65 ans et plus lorsque des facteurs cliniques le justifient.

**CONTRE INDICATIONS :**

- Hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un des excipients,
- Patients présentant un risque connu de glaucome à angle fermé,
- Enfants et adolescents de moins de 18 ans,
- Patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Une surveillance clinique appropriée est recommandée chez les patients diabétiques et chez les patients ayant des facteurs de risque pouvant favoriser le développement d'un diabète.
- Lors de l'arrêt du traitement par MEDIZAPIN, une réduction progressive des doses doit être envisagée.
- La prudence est recommandée lors de la prescription de MEDIZAPIN chez des patients présentant des symptômes d'hypertrophie prostatique, d'iléus paralytique ou de toute autre pathologie en rapport avec le système cholinergique.
- L'administration de MEDIZAPIN à des patients parkinsoniens atteints de psychoses médicamenteuses (agonistes dopaminergiques) n'est pas recommandée.
- Lors d'un traitement antipsychotique, l'amélioration clinique du patient peut nécessiter plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Les patients doivent être étroitement surveillés pendant cette période.
- En raison de la présence de lactose, MEDIZAPIN est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en lactase.
- La prudence s'impose chez les patients présentant une élévation des ALAT et/ou des ASAT, chez les patients présentant des signes et des symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique, chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique pré-traitement et chez les patients traités par des médicaments potentiellement hépatotoxiques.

**MEDIZAPIN® 2,5mg**  
30 comprimés



6 118001 150922

LOT: 056  
PER: FRY 2025  
PPV: 1/3 DH 50



**MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg, 7,5mg et 10 mg****Olanzapine****COMPOSITION :**

|                    | Medizapin 2,5   | Medizapin 5                             | Medizapin 7,5                           |
|--------------------|---|---|---|
| Olanzapine         | 2,5 mg  | 5 mg                                    | 7,5 mg                                  |
| Excipients communs | Lactose, Hydroxypropylcellulose faiblement substituée, Hydroxypropylcellulose, Stéarate de magnésium, Hydroxypropylméthylcellulose, Talc, Propylène glycol, Dioxyde de titane |   |   |
| Autres excipients  | Oxyde de fer jaune  | Dioxyde de titane<br>Oxyde de fer rouge | Dioxyde de titane<br>Oxyde de fer rouge |

**FORMES ET PRESENTATIONS :**

Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 7,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu au traitement par l'olanzapine lors d'un épisode maniaque.

**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

**Adulte :**

- Schizophrénie : La dose initiale recommandée est de 10 mg par jour.
- Épisode maniaque : La dose initiale est de 15 mg par jour en une seule prise en monothérapie ou 10 mg par jour en association.
- Prévention des récurrences dans le cadre d'un trouble bipolaire : la dose initiale recommandée est de 10 mg/jour.

La posologie journalière peut être adaptée en fonction de l'état clinique du patient entre 5 et 20 mg par jour.

- Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : la dose initiale recommandée est de 5 mg par jour.
- Patients âgés : Une dose initiale plus faible (5 mg par jour) n'est pas indiquée de façon systématique mais doit être envisagée chez les patients âgés de 65 ans et plus lorsque des facteurs cliniques le justifient.

**CONTRE INDICATIONS :**

- Hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un des excipients,
- Patients présentant un risque connu de glaucome à angle fermé,
- Enfants et adolescents de moins de 18 ans,
- Patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Une surveillance clinique appropriée est recommandée chez les patients diabétiques et chez les patients ayant des facteurs de risque pouvant favoriser le développement d'un diabète.
- Lors de l'arrêt du traitement par MEDIZAPIN, une réduction progressive des doses doit être envisagée.
- La prudence est recommandée lors de la prescription de MEDIZAPIN chez des patients présentant des symptômes d'hypertrophie prostatique, d'iléus paralytique ou de toute autre pathologie en rapport avec le système cholinergique.
- L'administration de MEDIZAPIN à des patients parkinsoniens atteints de psychoses médicamenteuses (agonistes dopaminergiques) n'est pas recommandée.
- Lors d'un traitement antipsychotique, l'amélioration clinique du patient peut nécessiter plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Les patients doivent être étroitement surveillés pendant cette période.
- En raison de la présence de lactose, MEDIZAPIN est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en lactase.
- La prudence s'impose chez les patients présentant une élévation des ALAT et/ou des ASAT, chez les patients présentant des signes et des symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique, chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique pré-traitement et chez les patients traités par des médicaments potentiellement hépatotoxiques.

**MEDIZAPIN® 2,5mg**  
30 comprimés



6 118001 150922

LOT: 056  
PER: FÉV 2025  
PPV: 1/3 DH 50

**MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg, 7,5mg et 10 mg****Olanzapine****COMPOSITION :**

|                    | Medizapin 2,5   | Medizapin 5                             | Medizapin 7,5                           |
|--------------------|---|---|---|
| Olanzapine         | 2,5 mg  | 5 mg                                    | 7,5 mg                                  |
| Excipients communs | Lactose, Hydroxypropylcellulose faiblement substituée, Hydroxypropylcellulose, Stéarate de magnésium, Hydroxypropylméthylcellulose, Talc, Propylène glycol, Dioxyde de titane |   |   |
| Autres excipients  | Oxyde de fer jaune  | Dioxyde de titane<br>Oxyde de fer rouge | Dioxyde de titane<br>Oxyde de fer rouge |

**FORMES ET PRESENTATIONS :**

Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 7,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
 Comprimés pelliculés « **NON SECABLES** » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire, ayant déjà répondu au traitement par l'olanzapine lors d'un épisode maniaque.

**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

**Adulte :**

- Schizophrénie : La dose initiale recommandée est de 10 mg par jour.
- Épisode maniaque : La dose initiale est de 15 mg par jour en une seule prise en monothérapie ou 10 mg par jour en association.
- Prévention des récurrences dans le cadre d'un trouble bipolaire : la dose initiale recommandée est de 10 mg/jour.

La posologie journalière peut être adaptée en fonction de l'état clinique du patient entre 5 et 20 mg par jour.

- Insuffisants rénaux et/ou hépatiques : la dose initiale recommandée est de 5 mg par jour.
- Patients âgés : Une dose initiale plus faible (5 mg par jour) n'est pas indiquée de façon systématique mais doit être envisagée chez les patients âgés de 65 ans et plus lorsque des facteurs cliniques le justifient.

**CONTRE INDICATIONS :**

- Hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un des excipients,
- Patients présentant un risque connu de glaucome à angle fermé,
- Enfants et adolescents de moins de 18 ans,
- Patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Une surveillance clinique appropriée est recommandée chez les patients diabétiques et chez les patients ayant des facteurs de risque pouvant favoriser le développement d'un diabète.
- Lors de l'arrêt du traitement par MEDIZAPIN, une réduction progressive des doses doit être envisagée.
- La prudence est recommandée lors de la prescription de MEDIZAPIN chez des patients présentant des symptômes d'hypertrophie prostatique, d'iléus paralytique ou de toute autre pathologie en rapport avec le système cholinergique.
- L'administration de MEDIZAPIN à des patients parkinsoniens atteints de psychoses médicamenteuses (agonistes dopaminergiques) n'est pas recommandée.
- Lors d'un traitement antipsychotique, l'amélioration clinique du patient peut nécessiter plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Les patients doivent être étroitement surveillés pendant cette période.
- En raison de la présence de lactose, MEDIZAPIN est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en lactase.
- La prudence s'impose chez les patients présentant une élévation des ALAT et/ou des ASAT, chez les patients présentant des signes et des symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique, chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique pré-traitement et chez les patients traités par des médicaments potentiellement hépatotoxiques.

**MEDIZAPIN® 2,5mg**  
30 comprimés



6 118001 150922

LOT: 056  
PER: FRY 2025  
PPV: 1/3 DH 50

# S-CITAP® 5mg, 10mg et 20mg

(Escitalopram oxalate)

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.

## 1. Composition du médicament:

Escitalopram (sous forme escitalopram oxalate).....5mg, 10mg ou 20mg  
Mannitol, Cellulose microcristalline, Croscarmellose sodique, Amidon de maïs, Stéarate de magnésium, Opadry blanche, Eau purifiée q.s.p 1 comprimé

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

L'escitalopram est un antidépresseur/inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS).

## 3. Forme et présentation



S-CITAP® 20mg

30 Comprimés pelliculés



LOT: KE/0071  
PER: MAR 2023  
PPV: 193 DH 00

nécessaire.

- Si vous avez une quantité de sodium dans le sang diminue.
- Si vous avez tendance à saigner ou à avoir des bleus.
- Si vous recevez un traitement par électrochocs.
- Si vous présentez une maladie coronarienne.

## Veuillez noter

Certains patients maniaque-dépressifs peuvent développer une dépression caractérisée par des idées inhabituelles et rapidement changeantes et une suractivité physique. Si vous ressentez cela, contactez votre médecin. Des symptômes tels qu'une agitation ou des difficultés à dormir, à se concentrer, à se reposer tranquillement, peuvent aussi survenir durant les premières semaines du traitement. Informez immédiatement votre médecin si vous ressentez ces symptômes.

**Idees suicidaires et aggravation de votre dépression ou de votre trouble anxieux**  
Si vous souffrez de dépression et/ou de troubles anxieux, vous pouvez parfois avoir des idées d'auto-agression (agression envers vous-même) ou de suicide. Ces manifestations peuvent être majorées au début d'un traitement par antidépresseur, car ce type de médicament n'agit pas tout de suite mais seulement après 2 semaines ou plus de traitement.

Si vous avez des idées suicidaires ou d'auto-agression, contactez immédiatement votre médecin ou allez directement à l'hôpital.

Vous pouvez vous faire aider par un ami ou un parent, en lui expliquant que vous êtes dépressif ou que vous souffrez d'un trouble anxieux, et en lui demandant de lire cette notice. Vous pouvez lui demander de vous signaler s'il pense que votre dépression ou votre anxiété s'aggrave, ou s'il s'inquiète d'un changement dans votre comportement.

## Utilisation chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans

L'utilisation de S-CITAP est déconseillée chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans. Néanmoins, il est possible que votre médecin décide de prescrire S-CITAP à des patients de moins de 18 ans si il/elle décide que c'est dans l'intérêt du patient. Le patient devra faire l'objet d'une surveillance attentive pour détecter l'apparition de symptômes d'aggravation de la dépression ou d'idées suicidaires.

# S-CITAP® 5mg, 10mg et 20mg

(Escitalopram oxalate)

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.

## 1. Composition du médicament:

Escitalopram (sous forme escitalopram oxalate).....5mg, 10mg ou 20mg  
Mannitol, Cellulose microcristalline, Croscarmellose sodique, Amidon de maïs, Stéarate de magnésium, Opadry blanche, Eau purifiée q.s.p 1 comprimé

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

L'escitalopram est un antidépresseur/inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS).

## 3. Forme et présentation



LOT: KE/0071  
PER: MAR 2023  
PPV: 193 DH 00

nécessaire.

- Si vous avez une quantité de sodium dans le sang diminue
- Si vous avez tendance à saigner ou à avoir des bleus
- Si vous recevez un traitement par électrochocs.
- Si vous présentez une maladie coronarienne.

## Veuillez noter

Certains patients maniaque-dépressifs peuvent développer une caractéristique par des idées inhabituelles et rapidement changeantes et une suractivité physique. Si vous ressentez cela, contactez votre médecin. Des symptômes tels qu'une agitation ou des difficultés à dormir, à se concentrer, à se tranquilliser, peuvent aussi survenir durant les premières semaines du traitement. Informez immédiatement votre médecin si vous ressentez ces symptômes.

**Idees suicidaires et aggravation de votre dépression ou de votre trouble anxieux**  
Si vous souffrez de dépression et/ou de troubles anxieux, vous pouvez parfois avoir des idées d'auto-agression (agression envers vous-même) ou de suicide. Ces manifestations peuvent être majorées au début d'un traitement par antidépresseur, car ce type de médicament n'agit pas tout de suite mais seulement après 2 semaines ou plus de traitement.

Si vous avez des idées suicidaires ou d'auto-agression, contactez immédiatement votre médecin ou allez directement à l'hôpital.

Vous pouvez vous faire aider par un ami ou un parent, en lui expliquant que vous êtes dépressif ou que vous souffrez d'un trouble anxieux, et en lui demandant de lire cette notice. Vous pouvez lui demander de vous signaler s'il pense que votre dépression ou votre anxiété s'aggrave, ou s'il s'inquiète d'un changement dans votre comportement.

## Utilisation chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans

L'utilisation de S-CITAP est déconseillée chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans. Néanmoins, il est possible que votre médecin décide de prescrire S-CITAP à des patients de moins de 18 ans si il/elle décide que c'est dans l'intérêt du patient. Le patient devra faire l'objet d'une surveillance attentive pour détecter l'apparition de symptômes d'aggravation de la dépression ou de troubles anxieux, d'idées suicidaires ou d'auto-agression.



# S-CITAP® 5mg, 10mg et 20mg

(Escitalopram oxalate)

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.

## 1. Composition du médicament:

Escitalopram (sous forme escitalopram oxalate).....5mg, 10mg ou 20mg  
Mannitol, Cellulose microcristalline, Croscarmellose sodique, Amidon de maïs, Stéarate de magnésium, Opadry blanche, Eau purifiée q.s.p 1 comprimé

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

L'escitalopram est un antidépresseur/inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS).

## 3. Forme et présentation



S-CITAP® 20mg

30 Comprimés pelliculés



LOT: KE/0071  
PER: MAR 2023  
PPV: 193 DH 00

nécessaire.

- Si vous avez une quantité de sodium dans le sang diminue.
- Si vous avez tendance à saigner ou à avoir des bleus.
- Si vous recevez un traitement par électrochocs.
- Si vous présentez une maladie coronarienne.

## Veuillez noter

Certains patients maniaque-dépressifs peuvent développer une dépression caractérisée par des idées inhabituelles et rapidement changeantes et une suractivité physique. Si vous ressentez cela, contactez votre médecin. Des symptômes tels qu'une agitation ou des difficultés à dormir, à se concentrer, à se tranquilliser, peuvent aussi survenir durant les premières semaines du traitement. Informez immédiatement votre médecin si vous ressentez ces symptômes.

**Idees suicidaires et aggravation de votre dépression ou de votre trouble anxieux**  
Si vous souffrez de dépression et/ou de troubles anxieux, vous pouvez parfois avoir des idées d'auto-agression (agression envers vous-même) ou de suicide. Ces manifestations peuvent être majorées au début d'un traitement par antidépresseur, car ce type de médicament n'agit pas tout de suite mais seulement après 2 semaines ou plus de traitement.

Si vous avez des idées suicidaires ou d'auto-agression, contactez immédiatement votre médecin ou allez directement à l'hôpital.

Vous pouvez vous faire aider par un ami ou un parent, en lui expliquant que vous êtes dépressif ou que vous souffrez d'un trouble anxieux, et en lui demandant de lire cette notice. Vous pouvez lui demander de vous signaler s'il pense que votre dépression ou votre anxiété s'aggrave, ou s'il s'inquiète d'un changement dans votre comportement.

## Utilisation chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans

L'utilisation de S-CITAP est déconseillée chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans. Néanmoins, il est possible que votre médecin décide de prescrire S-CITAP à des patients de moins de 18 ans si il/elle décide que c'est dans l'intérêt du patient. Le patient devra faire l'objet d'une surveillance attentive pour détecter l'apparition de symptômes d'aggravation de la dépression ou de troubles anxieux, d'idées suicidaires ou d'auto-agression.