

# 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

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

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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 102C Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Serhati EL GHAZOUANI

Date de naissance :

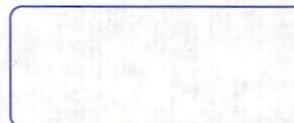
Adresse :

Tél. : 06 01 588343 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALQ 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) :

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux
<b>DROITE</b>	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 30 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 50 61 62 63 64 65 66 67 68 69 60 71 72 73 74 75 76 77 78 79 70 81 82 83 84 85 86 87 88 89 80 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100				
<b>GAUCHE</b>	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 30 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 50 61 62 63 64 65 66 67 68 69 60 71 72 73 74 75 76 77 78 79 70 81 82 83 84 85 86 87 88 89 80 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100				
<b>HAUT</b>					
<b>ADULTES</b>					
<b>BAS</b>					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire	
		H	
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G
<b>DROITE</b>	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 30 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 50 61 62 63 64 65 66 67 68 69 60 71 72 73 74 75 76 77 78 79 70 81 82 83 84 85 86 87 88 89 80 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100		
<b>GAUCHE</b>	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 30 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 50 61 62 63 64 65 66 67 68 69 60 71 72 73 74 75 76 77 78 79 70 81 82 83 84 85 86 87 88 89 80 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100		
<b>HAUT</b>			
<b>ADULTES</b>			
<b>BAS</b>			

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA et cachet du praticien  
attestant le devis

VISA et cachet du praticien  
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle :
DECLARATION N°	W14-009502	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

W14-009502

http://www.mupras.com/feuilledesoins/  
**DATE DE DEPOT**

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle :	Signature de l'adherent Date de l'adherent
Nom & Prénom <u>SERBOUTI EL GHAZOUANI</u>			
Fonction : <u>RETRAITÉ</u>		Phones <u>0661588348</u>	
eMail <u>amserbouti11@gmail.com</u>			
MEDECIN	Prénom du patient	<u>SERBOUTI EL GHAZOUANI</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date : <u>06/2/2013</u>	
Nature de la maladie <i>Affection respiratoire + cône pathologique</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>C</u>		<u>Centre INP 306,30</u>	
PHARMACIE	Date	<u>6/2/2013</u>	
Montant de la facture		<u>Mme ECH-CHAMIA Mounia EB 253 Pte Urbaine Nouasseur ZE Casablanca Tel 05 22 53 96 93</u>	
Signature et cachet du pharmacien <u>I.N.P.E : 092066356</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : .....	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Le : ....D.6/2/2013

## ORDONNANCE

SERBOUTI ELGHABOURANI.

3989) Aspergic Ig  
1 s x 21 j

29170 g) Agrix Des  
1 cpl x 6j

901503) Xyzall  
1 cpl

271004) Alimicin 30

30770

Pharmacie Organier  
Mme ECH Mounia  
EB 253 Pôle Urban Nouasseur  
Casablanca Tel 05 22 54 00 13  
Doctor SERBOUTI NAJAT  
Delegation de Sante  
Nouasseur Casablanca  
Centre de Sante Nouasseur  
INP : 091040105



Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.

Il ne pourra lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

LOT 191576

EXP 06 2023

PPV 90 50

**Xyzall®**

- La substance active est : dichlorhydrate de lévocétirizine

- Les autres composants sont :

Comprimé nu : cellulose microcristalline, lactose monohydraté, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.

Pelliculage : Opadry Y-1-7000 [hypromellose (E 464), dioxyde de titane (E 171), macrogol 400]

pour un comprimé pelliculé

## 1. QU'EST- CE QUE XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ?

Ce médicament se présente sous la forme de comprimé pelliculé, boîte de 14 et 28. XYZALL est un médicament anti-allergique indiqué dans le traitement des symptômes associés à l'allergie, tels que :

- La rhinite allergique saisonnière (rhume des foins), y compris les atteintes oculaires (conjunctivite allergique) ;
- La rhinite allergique chronique ;
- L'urticaire.

## 2. INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé

XYZALL 5mg, comprimé pelliculé, NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à la lévocétirizine ou à toute substance chimique apparentée, ou à l'un des autres composants contenus dans XYZALL.
- Si vous souffrez d'insuffisance rénale grave.

### Prendre des précautions particulières avec XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé

#### Mises en garde :

- XYZALL n'est pas recommandé chez l'enfant de moins de 6 ans car il n'existe pas encore de dosage adapté.
- XYZALL ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactose (maladies métaboliques rares), en raison de la présence de lactose dans le comprimé.

#### - Précautions d'emploi :

- Si vous souffrez de troubles rénaux, la dose pourra être réduite en fonction de la gravité de votre maladie.

Suivez les instructions de votre médecin.

- La prudence est recommandée en cas d'absorption d'alcool en même temps que XYZALL. Chez certains patients sensibles, la prise simultanée de lévocétirizine et d'alcool pourrait avoir des effets sur le système nerveux, bien que la cétirizine (produit chimiquement apparenté) n'ait jamais montré une augmentation des effets liés à l'alcool.

#### Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin.

D'une façon générale, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.



# ASPEGIC 1G / Adultes

Acétylsalicylate de DL-Lysine

poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

Per.  
m.  
vo  
Ve  
SC  
VC  
•  
P.R.: 11/2023

ASPEGIC 1G  
SACHETS B10

P.P.V : 30DH80



6 118000 061083

prendre ce  
importantes pour

vant  
te notice ou par

la relire.  
eil ou information.

- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, 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.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

## 1. QU'EST-CE QUE ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ANALGÉSIQUE ET

ANTIPIRETIQUES - code ATC : N01BA02.

Ce médicament contient de l'aspirine. L'aspirine appartient à la famille des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens.

L'aspirine peut être utilisée pour calmer la douleur (antalgique), faire baisser la fièvre (antipyétique) et/ou diminuer l'inflammation.

ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose contient 1000 mg d'aspirine. Il est utilisé en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, et dans le traitement de certaines maladies rhumatismales chez l'adulte (à partir de 15 ans).

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose ?

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

## Ne prenez jamais ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose :

- Si vous êtes allergique aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous êtes allergique à un médicament de la même famille que l'aspirine (les anti-inflammatoires non stéroïdiens).
- Si vous êtes enceinte, à partir du début du 6ème mois de grossesse (au-delà de 24 semaines d'aménorrhée).
- Si vous avez ou avez déjà eu de l'asthme ou des polypes nasaux associés à un asthme provoqué par la prise d'aspirine ou d'un médicament de la même famille.
- Si vous souffrez actuellement d'un ulcère de l'estomac ou duodénum.
- Si vous avez déjà eu une hémorragie ou une perforation au niveau de l'estomac après avoir pris de l'aspirine ou un autre médicament de la même famille (les anti-inflammatoires non stéroïdiens).
- Si vous avez des saignements ou si votre médecin a identifié chez vous

des risques de saignements.

- Si vous avez une maladie grave du foie, des reins ou du cœur.
  - Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association avec ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose n'est pas contre-indiquée (voir le paragraphe "Autres médicaments et ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose").
  - Si vous êtes atteint d'une mastocytose (maladie des cellules impliquées dans les réactions allergiques) car il existe un risque de réactions allergiques sévères.
- EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## Avertissements et précautions

### Avant de prendre ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose

ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose est disponible sans ordonnance. Toutefois, vous devez consulter votre médecin avant de prendre ce médicament en cas de :

- maladies rhumatismales,
- maladie héréditaire des globules rouges, également appelée déficit en G6PD (car des doses élevées d'aspirine peuvent provoquer une destruction des globules rouges),
- antécédents d'ulcère de l'estomac ou du duodénum ou une inflammation de l'estomac (gastrite),
- antécédents de saignements digestifs ( vomissements de sang ou présence de sang dans les selles),
- maladie des reins ou du foie,
- règles abondantes,
- si vous suivez déjà un autre traitement anti-inflammatoire ou anticoagulant (référez-vous au paragraphe "Autres médicaments et ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose" pour avoir plus de détails),
- maladie virale, en particulier varicelle ou syndrome grippal : des cas de syndrome de Reye (maladie rare, très grave associant principalement troubles neurologiques et atteintes du foie) ont été observés chez des enfants et adolescents présentant une maladie virale et recevant de l'aspirine.

Si votre enfant a moins d'un mois, vous devez d'abord consulter votre médecin avant de prendre un médicament contenant de l'aspirine, quel que soit le dosage.

## Pendant le traitement, consultez immédiatement votre médecin si vous avez :

- des saignements ou des douleurs dans le ventre. Le risque de survenue de ces effets augmente avec la dose, chez les personnes âgées, chez les personnes de faible poids corporel, chez les personnes ayant déjà souffert d'ulcère et de l'estomac et en cas d'association à certains médicaments (voir rubriques "Autres médicaments et ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose").

• une crise d'asthme. Cela peut être le signe d'une allergie à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien.

En cas d'administration prolongée de fortes doses d'antalgiques, vous ne devez pas augmenter les doses d'ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose en cas de maux de tête.

L'utilisation régulière de médicaments soulageant la douleur peut conduire à des complications rénales.

## Si vous devez subir une opération

L'aspirine augmente les risques de saignements même à de très faibles doses, et ce même lorsque la prise de ce médicament date de plusieurs jours.

4000044-01

# AZIX®

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRÉSENTATION

Comprimé 500 mg sécable, boîte de :

## INDICATIONS THERAPEUTIQUE

Traitements des infections dues aux g

- 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.

## MISES EN GARDE :

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

PPV : 79DH70  
PER : 11/23  
LOT : J3058



bottu SA  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# AZIX®

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRÉSENTATION

Comprimé 500 mg sécable, boîte de :

## INDICATIONS THERAPEUTIQUE

Traitements des infections dues aux g

- 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.

## MISES EN GARDE :

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

PPV : 79DH70  
PER : 11/23  
LOT : J3058



bottu SA  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATION

## Dénomination du médicament ALIVIAR® 50 mg, g

DCI : Sulpiride

Veuillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes.

- Gardez cette notice, vous pourrez la consulter à tout moment.
- Si vous avez d'autres questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/e.
- Ce médicament vous a été prescrit par un professionnel de santé. N'allez pas prendre ce médicament sans l'avoir pris auparavant 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.

Lot: 1172025  
Période: 27-03-2025  
Prix: 27,00 DH

27,00

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que ALIVIAR® 50 mg, gélules et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ALIVIAR® 50 mg, gélules ?
3. Comment prendre ALIVIAR® 50 mg, gélules ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ALIVIAR® 50 mg, gélules ?
6. Informations supplémentaires.

### 1. QU'EST-CE QU'ALIVIAR® 50 MG, GÉLULES ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

• **Classe pharmaco-thérapeutique :** Antipsychotique neuroleptique, benzamide code ATC : N05AL01

Il appartient à la famille des benzamides. C'est un antipsychotique neuroleptique.

#### • Indications :

Adultes : traitement symptomatique de courte durée de l'anxiété en cas d'échec des thérapeutiques habituelles.

Enfant (de plus de 6 ans) : Troubles graves du comportement (agitation, automutilations, stéréotypies), notamment dans le cadre des syndromes autistiques.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ALIVIAR® 50 MG, GÉLULES ?

#### - Ne prenez jamais ALIVIAR® 50 mg, gélules dans les cas suivants:

- Hypersensibilité au sulpiride ou à l'un des autres constituants du produit,
  - Tumeur connue dépendant de la prolactine, par exemple (adénome hypophysaire à prolactine ou cancer du sein),
  - Phéochromocytome (atteinte de la glande méduлlosurrénale provoquant une hypertension artérielle sévère),
  - En association avec les dopaminergiques non antiparkinsoniens cabergoline et quinagolide (médicaments utilisés dans les troubles de la lactation).
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### - Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

##### • Mises en garde spéciales :

Si vous présentez un des cas suivants, veuillez en informer votre médecin avant de commencer le traitement par le ALIVIAR® 50 mg, gélules :

- En cas d'apparition de fièvre inexplicable, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'interrompre le traitement et d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.
- Avant la prise de ce traitement et afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra être amené à vous faire pratiquer un électrocardiogramme. En effet, ce médicament peut provoquer des troubles du rythme cardiaque.
- Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant des facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral.
- Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez les patients âgées atteints de

principalement de :

- Chez l'enfant, un :

- La prise de comprimés peut entraîner l'enfant à avaler de trav-

- En raison de prés- atteints de galactose de déficit en lactase.

#### • Précautions d'emploi :

Afin que votre mé- traitement, il est né-

- En cas de maladie :

- En cas de diabète :

- En cas de maladie :

- En cas d'instabilité :

- En cas d'antécédents épileptiques,

- Chez les sujets à orthostatique, à la s-

EN CAS DE DOUTE :

VOTRE PHARMACIEN

#### - Enfants et adolescents :

Sans objet.

#### - Usage des autres :

Veuillez indiquer à récemment pris ou médicament obtenu.

De plus, veuillez signifier pouvant interagir avec :

#### • Associations :

Dopaminergiques

utilisés dans les trou-

#### • Associations déconseillées :

Certains médicame-

cardiaque) tels que :

- Antiparasitaires :

Luméfantrine, penta-

- Antiarythmiques (amiodarone, sotalol, cisapride, dipéridamole, spiramycine IV).

- Autres neuroleptiques : halopéridol, levométrydil, vésérapride.

- Méthadone.

Certains médicame-

- Antiparkinsonien