

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-786008

396
X 26396

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 10327

Société : FAO

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A22AB Mohamed

Date de naissance : 06/11/1976

Adresse : Bd Hachim Fihali Rr. les Jardies
de Babi 2 Imr 1 Apt 8 Casablanca

Tél. : 06.66.49.38.49 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ATICLUI Samya Age : 13/02/86

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 : Casablanca Le : 22/09/2013

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



 الضمان الاجتماعي CNSS	البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري Relevé périodique des prestations AMO		 مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : 610-2-06 مرجع رقم : 610-2-06
	Emis à : CASABLANCA Le : 18/09/2023	أصدر ب : بتاريخ :	Page 1 / 1
		المرسل إليه	
Nº d'immatriculation 187211878	رقم التسجيل أداءات الفترة	Destinataire ATIQUI SAMYA	
Règlements de la période du : 18/09/2023 : من au : 18/09/2023 : إلى			

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ATIQUI SAMYA											
137104095	22/08/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES OTO-RHINO-	244,90	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	132,37
137104095	22/08/2023	CS	LARYNGOLOGIE PHARMACIES D OFFICINES LABORATOIRES D ANALYSES MEDECINE GENERALE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	18/09/2023	105,00
137104096	02/09/2023	PH	LARYNGOLOGIE PHARMACIES D OFFICINES LABORATOIRES D ANALYSES MEDECINE GENERALE	78,40	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	44,10
137104096	02/09/2023	B	LARYNGOLOGIE PHARMACIES D OFFICINES LABORATOIRES D ANALYSES MEDECINE GENERALE	800,00	800,00	727,27	1,00	800,00	70,00	18/09/2023	560,00
137104096	02/09/2023	C	LARYNGOLOGIE PHARMACIES D OFFICINES LABORATOIRES D ANALYSES MEDECINE GENERALE	150,00	80,00	1,00	1,00	80,00	70,00	18/09/2023	56,00
137104094	22/08/2023	PH	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	136,20	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	56,84
137104094	22/08/2023	CSC	PHARMACIES D OFFICINES CARDIOLOGIE	350,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	18/09/2023	175,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

ما عدا خطأ أو نسيان

- Sauf erreur ou omission

Pour plus d'informations :
 merci de visiter notre site Web
 ou le portail des assurés
 ou l'application mobile
 ou appeler notre serveur vocal au numéro
 ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
 « Ma CNSS »
 080 20 30 100
 080 203 3333 / 080 200 7200

للزيادة من المعلومات:
 يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
 أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالمجتبى الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال لتو الصمان على الأرقام

suivre

le de soins par personne et par

soins doit être accompagnée de
ces justificatives originales
édales, factures,).

nom de la personne soignée
és par les praticiens eux mêmes
e de soins.

es transmises doivent être
des codes à barres des
etés.

soins ainsi que les pièces
ent être présentées à la CNSS
ois qui suivent le premier acte
y a traitement médical continu.
cas, le dossier doit être présenté
(60) jours qui suivent la fin du

ent des frais engagés sera
se de la tarification nationale de

itions ne peuvent donner lieu au
que suite à accord préalable.
ernières est disponible auprès de
SS.

aux accidents du travail et
sionnelles ne sont pas couverts.

oupable de fraude ou de fausse
obtenir des prestations qui ne
t possible des sanctions légales
s.

remboursement prise par la
ionnée au respect des conditions
t de ce qui précède.

توقيع وطابع الوك
signature de l'Agence

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف
الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ
أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه
الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من
انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبلغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة
المسبقية.
لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة من
خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان
الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما يسبق
ذكره.

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

0674787234

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



موافقة مسبقة
Entente préalable

تفيد
Exécution

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Réf. - 610-1-02

Ref. ANAM 1.2.01

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : ATI QUI SAMYA

رقم التسجيل : A87414878

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 87414878

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint زوج

Enfant ابن

Adresse : 21 Rue Mouloud Fekkai Rés des Jonctions de Beli
العنوان :

Montant des frais : 1586, 90 Dhs. مبلغ المصروف :

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : ATI QUI SAMYA

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 143-04-1386

الجنس :

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق **

INPE et code à Barres**

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Type de soins*

Hospitalisation إستشفاء Maternité أمومة Accident حادثة Maladie مرض

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
رenseignements portés ci-avant.

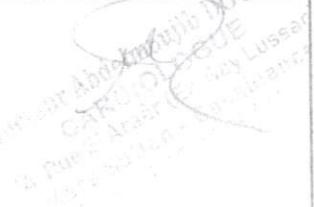
Je déclare les informations ci-dessus
sincères et véritables.

Fait à : Casablanca ب: 06/09/2023 في:

Le : توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Date des actes	Code des actes	Lettre clé+ cotation NGAP	Montant facturé	Signature et Cachet du Médecin traitant
	09 + 066		350,-	
INPE et code à Barres 				
INPE et code à Barres 				

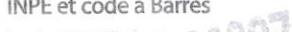
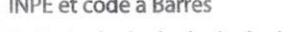
CIM - 10

Actes Paramédicaux		Opérations des assistants médicaux				
Date des actes	Code des actes	Numéro de l'opération	Lettre clé+ cotation NGAP	Nombre d'actes	Montant facturé	Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres 						
INPE et code à Barres 						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Date des actes	Code des actes	cotation NGAP / NABM	facturé	ou Biolog
INPE et code à Barres 				
INPE et code à Barres 				

ي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المهمة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	دلي أو ممون التجهيزات طبية Signature et Cachet du Fournisseurs des dispositifs
28/08/2023	136,20	
INPE et code à Barres 		
INPE et code à Barres 		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Pr

DR Abdellatif DOUIEB
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'université de LYON
Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque
Ancien Médecin au CHUV de Lausanne
Ancien Membre associé de la Société Française de Cardiologie

Casablanca le : 22.08.2023

Atiqui samya

duoxol : 1 cp trois fois par jour pdt 5 j

Mobic 7.5 : 1 cp a midi pdt 7 j

Stimox 10 : 1 cp le soir pdt 7 jours

dr bonheur

~~PHARMACIE DE LA SANTÉ~~
N° 5158 A.R.A.R 1-22-08-23
13.61 20



Cabinet de cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires
94.Rue AL ARAAR (Entre Rondpoint Mersultan et Alpha 55) - Casablanca -
Tél : 05.22.48.37.91 et 05.22.48.63.58 sur RDV

Urgences de nuit : clinique Franceville

ECG**Cabinet d'explorations cardio-vasculaires Docteur Abdelmoujib DOUIEB**

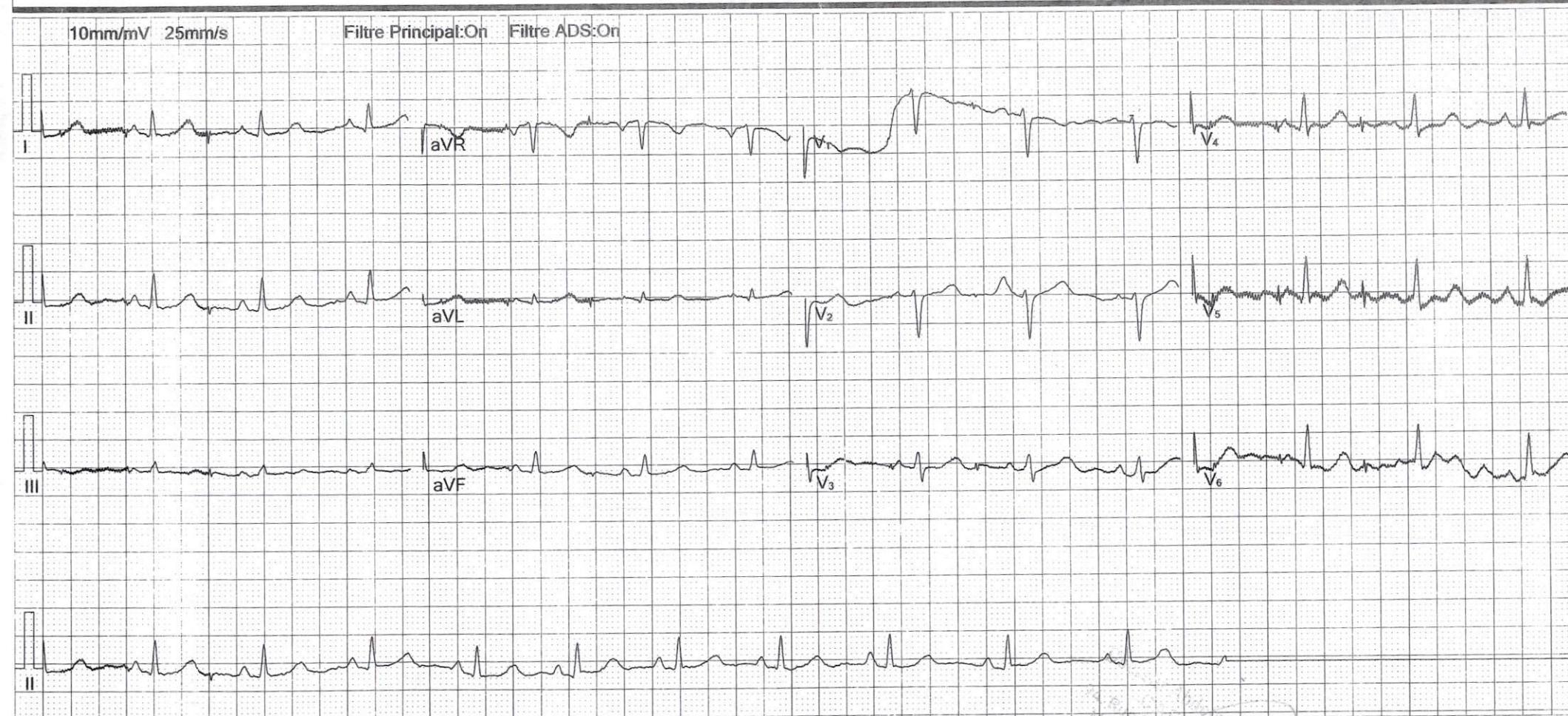
94 Rue Al Araar Rondpoint Mersultan - Casablanca - Tél : 0522483791 - 0522486358

NOM:ATTIQUI SAMYA ID :SAMYA Sexe : Age : Date Test :22-08-2023 12:45

Médecin Référent:Docteur Abdelmoujib DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	414 ms
Durée Ech.:	9 s	Intervalle QTc :	469 ms
FC :	77 bpm	Axe P :	54.6°
Durée P :	108 ms	Axe QRS :	53.5°
Durée QRS :	80 ms	Axe T :	36.5°
Durée T :	304 ms	RV5/SV1:	0.72/0.65mV
Interval.PQ :	154 ms	RV5+SV1:	1.37mV

Suggestion:

Signature Médecin:

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 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, car cela pourrait lui être nocif.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la re lire.

Notice _____

Mobic® 7,5 mg
mexoxicam
comprimé

Mobic® 15 mg
mexoxicam
comprimé sécable

Composition

La substance active est :
mexoxicam 7,5 mg ou 15 mg

Les autres composants sont :
citrate de sodium, lactose monohydraté,
microcristalline, povidone, silice colique,
crospovidone, stéarate de magnésium
Pour 1 comprimé.

QUE'EST CE QUE MOBIC 7,5 mg cc
15 mg comprimé sécable ET DAI

EST-IL UTILISÉ ?
Ce médicament, présenté sous forme de
comprimé sécable, est un anti-inflammatoire non stéroïdien.

Il est indiqué chez l'adulte
(plus de 15 ans), en traitement :
- de courte durée des douleurs aiguës d'origine inflammatoire.

INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE MOBIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé sécable

Ne pas utiliser Mobic 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé sécable dans les cas suivants :
- grossesse ou allaitement,
- antécédent d'allergie (crise d'asthme, polypes nasaux, brusque gonflement du cou et du visage (œdème de Quincke), urticaire déclenché par ce médicament ou un médicament apparenté tels que d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'aspirine,
- antécédent d'allergie à l'un des constituants du produit,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien ayant récidivé ou en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins non dialysée,
- maladie grave du cœur,
- saignement de toute nature.

Prendre des précautions particulières avec sécable :
Il n'existe pas de données d'efficacité et de sécurité chez l'enfant de moins de 15 ans.

AVANT LE TRAITEMENT, PREVENIR VOTRE MEDECIN EN CAS :

- d'antécédents digestifs (oesophagite, gastrite, ulcère de l'estomac ou du duodénum anciens),
- d'insuffisance cardiaque ou d'hypertension artérielle,



Mobic® 7,5 mg
mexoxicam
14 comprimés



6 118000 040545

INTERVENTION
PPV: 42DH60
PER: 03/26
LOT: M943



Ce médicament existe sous d'autres dosages ou d'autres formes pharmaceutiques qui peuvent être plus adaptés.

Dans tous les cas, la dose maximale recommandée de 15 mg / jour ne doit jamais être dépassée.

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le mexoxicam.

Vous ne devez pas prendre en même temps que ce médicament d'autres médicaments contenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de l'aspirine.

Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer de l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou d'aspirine.

Grossesse - Allaitement

Grossesse
Il est recommandé d'éviter la prise de ce médicament au cours de la grossesse.

Votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament au cours des 6 premiers mois de votre grossesse.

Toutefois, EN AUCUN CAS, CE MEDICAMENT NE DOIT ETRE PRIS A PARTIR DU 3^e TRIMESTRE DE LA GROSSESSSE, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, notamment sur un plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela, même avec une seule prise.

Allaitement

Par mesure de précaution, il convient d'éviter d'utiliser ce médicament pendant l'allaitement.

DUOXOL® 500 mg/2 mg
Comprimé
Boîte de 20
Paracétamol - Thiocolchicoside

• Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
• Gardez cette notice, vous pourrez à tout moment y faire référence.
• Si vous avez toute autre question, si vous avez des symptômes identiques, cela pourrait être le cas d'un effet indésirable, n'hésitez pas à contacter votre pharmacien ou votre médecin.

COMPOSITION :

Paracétamol.....
Thiocolchicoside.....
Excipients :.....
Excipients à effet notable : Amidon de

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

Ce médicament est prescrit dans :
- Traitement symptomatique de la douleur :
- Traitement d'appui des contractures :
- des affections vertébrales degrés 1 et 2 :
- des affections traumatiques

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

Ce médicament ne doit pas être utilisé :
- si vous êtes allergique au thiocolchicoside ;
- de grossesse ;
- d'allaitement ;
- d'insuffisance hépatocellulaire ;
- d'hypersensibilité à l'un des excipients ;
- chez l'enfant de moins de 15 ans

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
- Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
- Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
- En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
- Éventuellement, ingérer les comprimés avec un pinceau gustatif.
- Ne pas dépasser la dose prescrite.
- Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INHISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.
En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliaques.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER DUOXOL® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection. La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

Stilnox® 10 mg

Tartrate de zolpidem

Comprimé pelliculé

SANOFI

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

6 118000 061465

Veuillez lire attentivement cette notice car elle est destinée à vous, pour vous.

- Gardez cette notice.
- Si vous avez d'autre question, contactez votre pharmacien.
- Ce médicament vous donnez pas à d'autre personne même si les signes sont similaires.
- Si vous ressentez des effets indésirables, contactez votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : hypnotique, code ATC : N05CF02.

Ce médicament est appartenant aux benzodiazépines.

Ce médicament est indiqué chez l'adulte dans le traitement de courte durée de l'insomnie.

Chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans, étant donné l'absence de données, l'utilisation de ce médicament n'est pas recommandée.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE STILNOX 10mg, comprimé pelliculé sécable ?

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

Ne prenez jamais STILNOX 10mg, comprimé pelliculé sécable :

- Si vous êtes allergique à la substance active, à la classe de produits apparentés aux benzodiazépines ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous avez une insuffisance respiratoire grave.
- Si vous avez une maladie grave du foie (insuffisance hépatique grave).
- Si vous souffrez d'un syndrome d'apnée du sommeil (trouble caractérisé par des arrêts de la respiration pendant le sommeil).
- Si vous souffrez de myasthénie (maladie des muscles).
- Sur une période prolongée. Le traitement doit être aussi court que possible car le risque de dépendance augmente avec la durée du traitement.
- Si vous avez déjà présenté des épisodes de somnambulisme ou tout autre comportement inhabituel en dormant (comme conduire, manger, passer un appel téléphonique ou avoir des relations sexuelles, etc.) sans être complètement éveillée) après avoir pris STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable ou d'autres

médicaments contenant du zolpidem.
Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre STILNOX 10 mg, comprimé pelliculé sécable.

Risque d'ABUS, de DÉPENDANCE et de SYNDROME DE SEVRAGE

Veuillez informer votre médecin ou pharmacien si vous avez déjà eu des troubles psychiatriques ou si vous avez abusé ou avez été dépendant de l'alcool, de médicaments ou de drogues.

Ne prenez pas Stilnox 10 mg, comprimé pelliculé sécable, sur une longue période. Le traitement doit être aussi court que possible car ce type de médicament peut entraîner, surtout en cas d'utilisation prolongée, un usage abusif et un état de dépendance physique et psychique (effets physiques ou psychiques produits par l'effet de l'abstention).

Le risque de dépendance augmente avec la dose et la durée du traitement. Des cas de dépendance ont été rapportés plus récemment chez les patients traités par Stilnox 10 mg, comprimé pelliculé sécable pendant plus de 4 semaines. Le risque de dépendance est également augmenté si vous avez des antécédents de troubles psychiatriques, d'alcoolisme, de dépendance aux médicaments ou aux drogues, d'abus médicamenteux ou de troubles psychotiques.

La dépendance peut survenir même en l'absence de ces facteurs favorisants.

Si une perte d'efficacité survient lors de l'utilisation prolongée de ce médicament, n'augmentez pas la dose.

Pour plus d'information, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Arrêter BRUTALEMENT ce traitement peut provoquer l'apparition d'un phénomène de SEVRAGE. Celui-ci se caractérise par

l'apparition, en quelques heures ou en quelques jours, de signes tels que anxiété importante, insomnie, douleurs musculaires, insomnie, etc. On peut observer également une agitation, une irritable, des maux de tête, un engourdissement ou des picotements des extrémités, une sensibilité anormale au bruit, à la lumière ou aux contacts physiques, etc...

Les modalités de l'arrêt du traitement doivent être définies avec votre médecin.

La diminution très PROGRESSIVE des doses et l'espacement des prises représentent la meilleure prévention de ce phénomène de sevrage. Cette période sera d'autant plus longue que le traitement aura été prolongé.

Risque d'UN PHÉNOMÈNE DE REBOUD

Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène de REBOUD sans gravité peut se produire, avec réapparition

TRANSITOIRE DES SYMPTÔMES (insomnie) qui avaient justifié la mise en route du traitement.

troubles de la mémoire.

Des troubles de la mémoire sont susceptibles d'apparaître dans les heures qui suivent la prise du médicament.

Dans les heures qui suivent, il peut survenir une difficulté à coordonner certains mouvements (altération des fonctions psychomotrices), une diminution de la capacité à conduire, en particulier si :

- vous prenez ce médicament moins de 8 heures avant d'effectuer des activités nécessitant de la vigilance,