

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-786008

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10327 Société : FAD

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : A22AB Mohamed

Date de naissance : 06/11/1974

Adresse : Bd Hachime Filali, Rr. les Jardins de Bab 2 Imr 4 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 : 13/02/86

Nom et prénom du malade : ATICHI Samya Age :

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 : 22/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

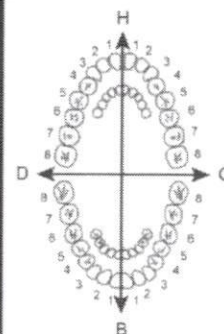
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	INP : <input type="text"/>
-----------------	----------------	------------------	-------------	----------------------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 18/09/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 187211878 رقم التسجيل
Règlements de la période اداءات الفترة
du : 18/09/2023 : من
au : 18/09/2023 : إلى

Destinataire المرسل إليه
ATIQUI SAMYA

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
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ATIQUI SAMYA											
137104095	22/08/2023	PH	PHARMACIES D	244,90	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	132,37
137104095	22/08/2023	CS	OFFICINES OTO-RHINO-	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	78,40	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	44,10
137104096	02/09/2023	B	OFFICINES LABORATOIRES D	800,00	800,00	727,27	1,00	800,00	70,00	18/09/2023	560,00
137104096	02/09/2023	C	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	136,20	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	18/09/2023	56,84
137104094	22/08/2023	CSC	OFFICINES CARDIOLOGIE	350,00	250,00	1,00	1,00	250,00	70,00	18/09/2023	175,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											1129,31
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											1129,31

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

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

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

suivre

lle de soins par personne et par

ins doit être accompagnée de
èces justificatives originales
idicales, factures,).

énom de la personne soignée
tés par les praticiens eux mêmes
e de soins.

es transmises doivent être
des codes à barres des
etetés .

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

ient des frais engagés sera
se de la tarification nationale de

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

aux accidents du travail et
sionnelles ne sont pas couverts.

roupable de fraude ou de fausse
obtenir des prestations qui ne
t passible des sanctions légales
s.

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

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

يجب كتابة الاسم 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 المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من
خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان
الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق
نكره.

توقيع وطابع الوك
signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

0674787234

	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
الضمان الاجتماعي الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger	موافقة مسبقة Entente préalable	تنفيذ Exécution
		مرجع رقم 610-1-02 - Réf.

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	ATIQUI SAMYA	الإسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation :	1872148118	رقم التسجيل :
N° CIN :	187348741	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*
Adresse :	Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن 21 Immeuble 1448 Belkhoum Casa	العنوان :
Montant des frais :	186,90 Dhs.	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :		عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :		المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	ATIQUI SAMYA	الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance :	187348741	تاريخ الميلاد :
N° CIN :	187348741	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* :	M <input type="checkbox"/> ذكر F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى	الجنس* :
INPE et code à Barres**		الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر**

Médecin traitant الطبيب المعالج	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
------------------------------------	--

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation <input type="checkbox"/>	إستشفاء <input type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	أمومة <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	حادثة <input type="checkbox"/>	Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	مرض <input checked="" type="checkbox"/>
--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---	---

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Fait à : Le : 06/09/2023	ب : في : 06/09/2023	Fait à : Le : 06/09/2023	ب : في : 06/09/2023
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	

Date des actes	Code des actes	Lettre de cotation NGAP	Montant facturé	Signature et Cachet du Médecin traitant
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات	عدد العمليات	المبلغ المفوتر	توقيع وطابع المساعد الطبي
Date des actes	Code des actes	Lettre de cotation NGAP	Nbre 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	Signature et Cachet du Biologiste
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ	التمن المفوتر	دلي أو مومون التجهيزات الطبية
Date d'exécution	Prix facturé	Signature et Cachet du Fournisseurs des dispositifs médicaux
22/08/23	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 Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'université de LYON

Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque

Ancien Medecin au CHUV de Lausanne

Ancien Membre associé de la Société Française de Cardiologie

Casablanca le : 22.08.2023

Atiquei samya

duoxol : 1 cp trois fois par jour pdt 5 j

Mobic 7.5 : 1 cp a midi pdt 7 j

N° 5158

APR 14 22/08/23

Stimox 10 : 1 cp le soir pdt 7 jours

Dr Douieb

PHARM
136/20

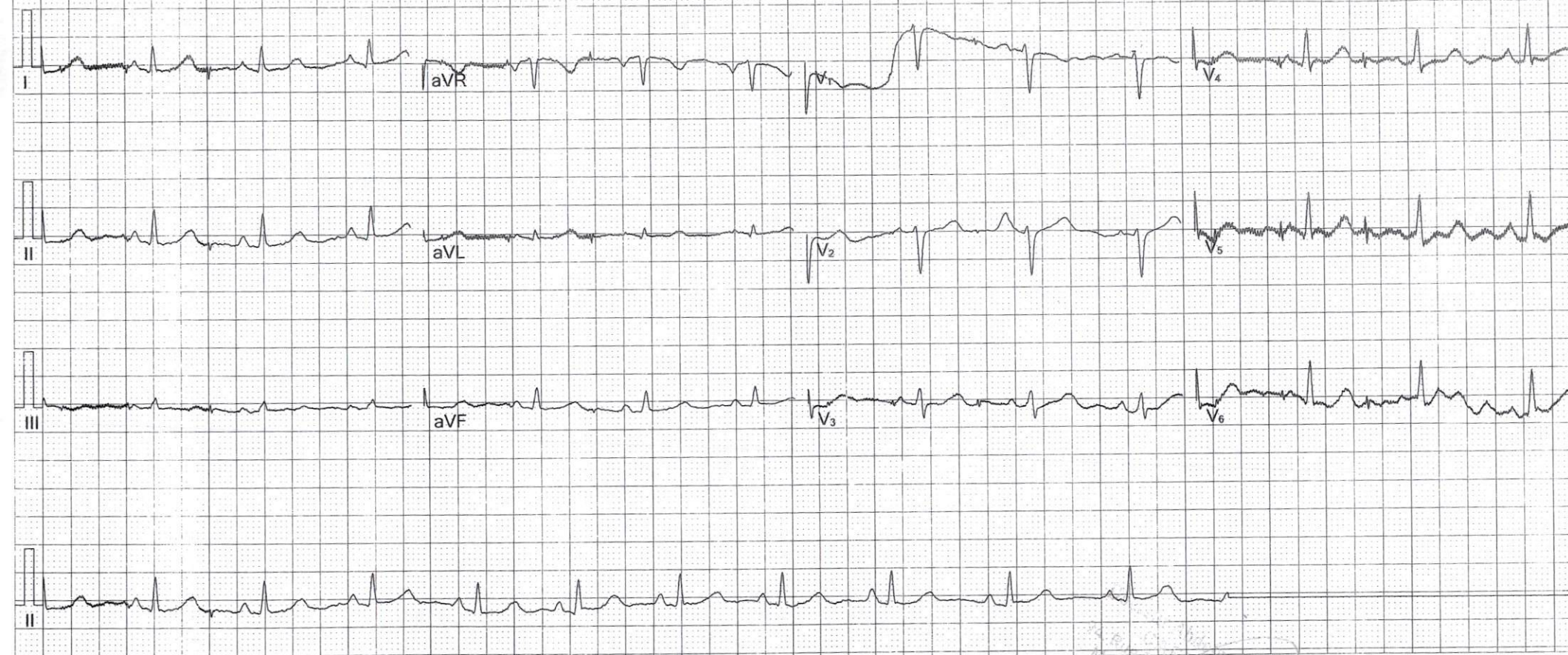
Dr Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue EL ARAAR (Entre Rondpoint Mersultan et Alpha 55) - Casablanca -
Mars Sultan - Casablanca
Tél : 0522 48 37 21 / 48 63 58

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

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 relire.

Notice

Mobic® 7,5 mg
comprimé

Mobic® 15 mg
comprimé sécable

Composition

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

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

QU'EST CE QUE MOBIC 7,5 mg cc 15 mg comprimé sécable ET DA?
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,
- de longue durée de certains rhumatismes inflammatoires.

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,
- antécédents d'allergie (crise d'asthme, polypes nasaux, brucisme gonflement du cou et du visage (oedème de Quincke), urticaire déclenché par ce médicament ou un médicament apparenté tels que d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'aspirine,
- antécédents 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 MOBIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé 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
meloxicam

14 comprimés



6 118000 040545

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 meloxicam.**
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^{ème} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE, 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.

ETER LE

N

15

de sang

mes

portes

portes non

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

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 pourriez en avoir besoin.
Si vous avez toute autre question, si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.
Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

COMPOSITION :

Paracétamol.....

Thiocolchicoside.....

Excipients :

Excipients à effet notoire : Amidon de

DANS QUELS CAS UTILISER CE M :

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur

- Traitement d'appoint des contractures

- des affections vertébrales dégénératives

- des affections traumatologiques

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER :

Ce médicament ne doit pas être utilisé :

- d'hypersensibilité au paracétamol

- 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 PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique (foie) ou rénale (reins), 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, prévenir votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.

- Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.

- 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 INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactase.

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 coeliakiques.

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.

DUOXOL® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

Examens paracliniques :

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.



Boîte de 20 comprimés

500mg/2mg

20 comprimés

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

20 mg

2 mg

Stilnox® 10 mg

Tartrate de zolpidem

Comprimé pelliculé

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.

Si vous avez toute autre question, si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne prenez pas d'autres médicaments sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Si vous avez d'autres symptômes, si vous avez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

LOT : 236001
PER: 04 2027

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



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

Classe pharmacothérapeutique : hypnotiques, à court effet, code ATC : N05CF02

Ce médicament est apparenté 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 éveillé(e) 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 des antécédents de troubles psychiatriques ou si vous avez abusé ou avez abusé de l'alcool, de médicaments ou de drogues.

Le traitement doit être aussi court que possible. Ce type de médicament peut entraîner, surtout en cas d'usage prolongé, un usage abusif et un état de dépendance physique et psychique (effets physiques ou psychiques produits par l'impulsion à continuer à prendre le médicament).

Le risque de dépendance augmente avec la dose et la durée du traitement. Des cas de dépendance ont été rapportés plus particulièrement 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

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

Si une perte d'efficacité survient lors de l'utilisation répétée du 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, maux de tête, engourdissement ou des picotements des extrémités, une sensibilité anormale au bruit, à la lumière ou à 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 REBOUND

Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène de REBOUND 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,