

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

176981

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023869

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6755 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MUSTAPHA EL AYANI Date de naissance : 21/1/1963

Adresse : 16 Rue cheikh Maâ EL AYANI - 4 RAFA

Tél. : 06 56 95 58 15 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/09/2013

Nom et prénom du malade : Khalme Hayat Age : 40

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Asthme et HTA

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 : FEZ le : 19/01/2013

Signature de l'adhérent(e) :



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
08/03/2023		A	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie SAMIA مصادر سامي 15 Lottissement Al Oummia BERRECHID m: 0689 180 710 - INPE: 062087416	08/09/2023	250,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

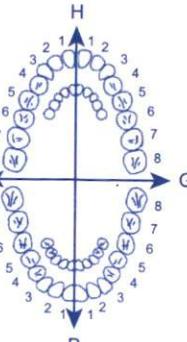
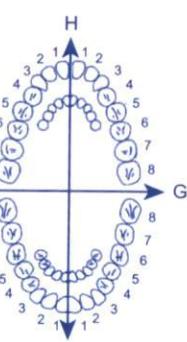
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODP.

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000	G 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	35533411	11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur Mouna TAMIM

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

6

Médecine du Travail
Diplômée de l'Université
de Rennes en France
0227784000027

اسpace بالمعنى
طب الشغل **Pharmacie SAMIA** حاصلة على الديبلوم
دبلوم سامية من جامعة "رين" INPE: 061173340
N° 115 Lotissement Al Oumma BERRECHID
Gsm: 0689 180 710 • INPE: 062087416

Berrachid, le 08 Septembre 2023

Khalme Hayat

28.80 1) vitanevit for S.

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

Prazol® 20 mg

oméprazole

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez quelque chose de suspect dans cette notice, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin.

PPV : 52108
PER : 019/5
LOT : M140

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI)

Excipients qsp

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcèreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

1 gélule

OXYMAG[®] 375 mg

Magnésium marin, bisglycinate & malate. Vit B2, B6

Comprimés
Sans sucre
Sans sel

PRESENTATIONS :

Boîtes de 10 et 20 comprimés.

COMPOSITION :

Magnésium marin, Magnésium bisglycinate, Magnéto Povidone (Liant), Sorbitol (Agent de charge), Stéarate colloïdale (Agent d'écoulement), Hydroxy propyl c

	Quantité
Magnésium	
Vitamine B2	
Vitamine B6	



PROPRIETES :

Le magnésium est présent dans tous les tissus et organes, il participe à la bonne marche de toutes les grandes fonctions de l'organisme sans exception, notamment : Métaboliques, musculaires, nerveuses, immunitaires...

OXYMAG 375 mg permet de compléter l'alimentation pour combler le manque magnésique dans l'organisme en fournissant 375 mg de magnésium élément (utilisable par l'organisme) ce qui correspond à 100% des apports journaliers recommandés.

POSOLOGIE :

Voie orale.

Pour adultes : 1 comprimé par jour.

CONSEILS D'UTILISATION :

Comprimé à avaler avec un verre d'eau.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Il est conseillé de prendre ce produit dans le cadre d'un régime alimentaire sain.

CONTRE INDICATIONS :

Hypersensibilité à l'un des composants.

Insuffisance rénale grave.

Myasthénie.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fermer le tube immédiatement après usage.

Tenir hors de la portée et la vue des enfants.

Conserver dans un endroit frais et sec.



Lot Bachkou, rue 7, lot 10 - Casablanca - Maroc
Pharmacien responsable : O. MOTIL

TANZAAR®

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 lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

TANZAAR® 50 mg

TANZAAR® 100 mg

b) COMPOSITIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

Par comprimé

• TANZAAR® 50 mg

Losartan (DCI) potassique 50 mg

• TANZAAR® 100 mg

Losartan (DCI) potassique 100 mg

Excipients communs: Prosolv HD90, stéaryl fumarate de sodium, croscarmellose sodique, cellulose microcristalline; Pelliculage : Sepifilm blanc.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimés pelliculés.

d) PRESENTATIONS

• TANZAAR® 50 mg : boîtes de 14 et de 28.

• TANZAAR® 100 mg : boîte de 28.

e) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTAGONISTE DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II, NON ASSOCIE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Les comprimés TANZAAR® sont indiqués :

- Dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle.
- Dans le traitement de l'insuffisance rénale chez les patients diabétiques de type 2 avec protéinurie : chez le diabétique de type 2, hypertendu, présentant une insuffisance rénale avec protéinurie > 0,50 g/j, le losartan ralentit la progression de l'atteinte rénale, en association avec d'autres traitements antihypertenseurs.
- Pour réduire la morbidité et la mortalité cardiovasculaires chez des patients hypertendus ayant une hypertrophie ventriculaire gauche (le plus souvent en association à un diurétique thiazidique). Cette indication repose sur les résultats de l'étude LIFE.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- Hypersensibilité à l'un des constituants du médicament.
- A partir du 2e trimestre de la grossesse.
- Sténose bilatérale des artères rénales, sténose artérielle rénale sur rein unique.
- Au cours de l'allaitement.

b) MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

CE MEDICAMENT NE DOIT ETRE PRIS QUE SOUS SURVEILLANCE MEDICALE.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION :

- Hypersensibilité.

• Risque d'hyponatrémie, surtout aux premières semaines.

• Insuffisance rénale peuvent être apportées par les patients ayant une maladie cérébrale.

• Insuffisance rénale en cas d'antécédents de maladie.

• Insuffisance rénale et de la créatininémie chez le sujet âgé.

• Hyperkaliémie chez le sujet âgé.

agissant sur le système rénine-angiotensine-aldostéronne est susceptible de provoquer une hyperkaliémie. Ce risque, potentiellement mortel, est majoré chez les sujets âgés, les insuffisants rénaux et les diabétiques, et/ou en cas d'association de plusieurs médicaments hyperkaliémiants, et/ou lors de la survenue d'événements intercurrents.

• Enfant : En l'absence de données disponibles, l'utilisation du losartan n'est pas recommandée chez l'enfant.

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

c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Déconseillées :

• Diurétiques épargneurs de potassium, seuls ou associés, potassium (sels de) : hyperkaliémie potentiellement létale, notamment chez l'insuffisant rénal.

• Lithium : augmentation de la lithémie, pouvant atteindre des valeurs toxiques.

Nécessitant des précautions d'emploi :

• Acide acétylsalicylique (aspirine) pour des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique (> 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour) ou pour des doses antalgiques ou antipyrrétiques (≥ 500 mg par prise et/ou < 3 g par jour) : insuffisance rénale aiguë chez le malade déshydraté et aussi, réduction de l'effet antihypertenseur.

• AINS (voie générale) : insuffisance rénale aiguë chez le malade à risque (sujet âgé et/ou déshydraté) par diminution de la filtration glomérulaire. Par ailleurs, réduction de l'effet antihypertenseur.

• Baclofène : majoration de l'effet antihypertenseur.

• Diurétiques hypokaliémiants : risque d'hypotension artérielle brutale et/ou d'insuffisance rénale aiguë lors de l'instauration du traitement par un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II en cas de déplétion hydrosodée préexistante.

Dans tous les cas, surveiller la fonction rénale (créatininémie) dans les premières semaines du traitement par un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II.

A prendre en compte :

• Alphabloquants à visée urologique (alfuzosine, doxazosine, prazosine, tamsulosine, térazosine) : risque d'hypotension orthostatique majoré.

• Antihypertenseurs, sauf alphabloquants : risque d'hypotension



6. مواطن الاستعمال:
لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:
- الأطفال أقل من 8 سنوات.
- المرضى ذوي الحساسية لبنتوكسيامين.
على العمر لا يجب استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة
باستثناء إذا أرتى طبيبك غير ذلك في حالة الشك من
الضروري استشارة طبيبك أو صيدليكم

7. الآثار الغير مرغوب فيها:
لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم أو مصادر معلومات
أثر غير مرغوب فيه خاصة الآثار التي لا تتضمنها
هذه النشرة.

8. الاحتياطات خاصة:
يسبب تواجد الالكتروز والسكروز لا ينصح بأخذ هذا الدواء في
حالة حساسية للفلوكوز و تواجد الفلوكوز بكثرة في الدم
ناتج عن مرض خلفي أو أعراض عدم امتصاص الفلوكوز
والفالكتوز أو نقص في لكتاز (أمراض أيضية نادرة).
قائمة السواع الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر
عند بعض المرضى: الالكتروز والسكروز

9. التفاعلات الدوائية:
لغير تفاعلي تفاعلات بين الأدوية تعيين إطلاع طبيبك أو
صيدليكم على أي علاج آخر تأخذونه

10. العمل-الرضاع:
ينصح بعدم أخذ فيتامين B1 الناتج عن انخفاض في
العامل، في حالة اكتشاف العمل أثناء العلاج بفيتامين
قوى الطبع طبيبك على العموم تعيين خلال العمل
الرضاع استشارة طبيبك أو صيدليكم قبل استعمال أي دواء

11. السائقون ومستعملو الآلات:
12. ما يجب القيام به في حالة الإفراط في الجرعة:
13. ما يجب القيام به في حالة نسيان أو الإفراط في الجرعة:
14. الحفظ:
لا تتجاوزوا التاريخ المبين على الغلاف الخارجي
لا يترك في متناول الأطفال
تاريخ المراجعة: مارس 2015

مخابر سانتكسيديك
22-22، زنقة الزيبر بن العوام
الصخور السوداء، الدار البيضاء

100 ملخ 2. التركيب النوعي والكمي:
بنقفيتامين ما يكتفي لقرص واحد
السواع قائمة السواع الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر
عند بعض المرضى: الالكتروز والسكروز

3. الصنف الصيدلي والعلاج:
ينتسب بنقفيتامين إلى مجموعة الأدوية ذات التأثير على
الجهاز الهضمي والتمثيل الغذائي.

4. الوصف:
- علاج البري بري،
- الوقاية من نقص الفيتامين B1 الناتج عن انخفاض في
الاستهلاك الغذائي على سبيل المثال : سوء الامتصاص،
الحمية الغذائية الغنية بالبروتينات، التغذية بالحقن، و
بالاشتراك مع غيرها من الفيتامينات،
- ينصح به الأشخاص الذين يشتكون من التهاب الأعصاب
و يتعاطون للمشروبات الكحولية،
- ينصح به في حالة التهاب الأعصاب،
- يستخدم بتركيزات عالية في بعض متلازمات الألم.

5. المقدار/طريقة الاستعمال:

المقدار:
2 إلى 4 أقراص خلال 24 ساعة.
في جميع الحالات تعيين التقييد بوصفة طبيبك
طريقة الاستعمال:
عن طريق الفم
مدة العلاج:
تقيدوا بوصفة طبيبك