

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0020295

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1361 Société : 187713
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAHED MILLOUDA
Date de naissance : 30/11/1952
Adresse : 3 RUE B. EL HANAN EL WARDIA
CSC AU W. 6 W. HASSANI CACABIL
Tél. : 0580704024 Total des frais engagés : 123450 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél. : 05 22 25 25 16
Fax : 05 22 25 25 07

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/12/23

Nom et prénom du malade : CHAHED MILLOUDA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhumatisme chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 15/12/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
15/12/22	3		300	<p>Dr. N. LATIF ABASSI</p> <p>TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE</p> <p>75, Boulevard Massira Al Khadra</p> <p>Tél. : 05 22 25 25 16</p> <p>Fax : 05 22 25 25 07</p>

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
15/12/22	3		300	<p>Dr. N. LATIF ABASSI</p> <p>TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE</p> <p>75, Boulevard Massira Al Khadra</p> <p>Tél. : 05 22 25 25 16</p> <p>Fax : 05 22 25 25 07</p>

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
15/12/22	3		300	<p>Dr. N. LATIF ABASSI</p> <p>TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE</p> <p>75, Boulevard Massira Al Khadra</p> <p>Tél. : 05 22 25 25 16</p> <p>Fax : 05 22 25 25 07</p>

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	AS/MC/83	781M50

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	AS/AC/23	981m50

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX							
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires		
		AM	PC	IM		IV	
	5/12/23		12	8	12	10ME	12

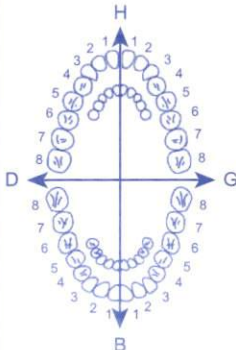
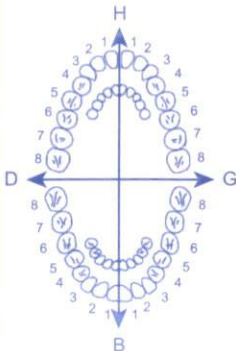
AUXILIAIRES MEDICAUX							
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires		
		AM	PC	IM		IV	
	5/12/23		12	8	12	10ME	12

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

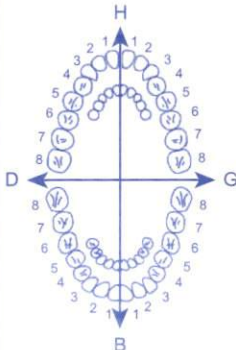
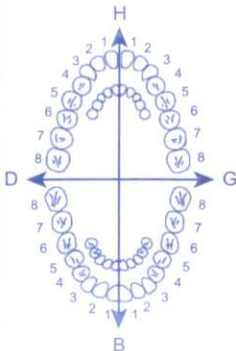
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

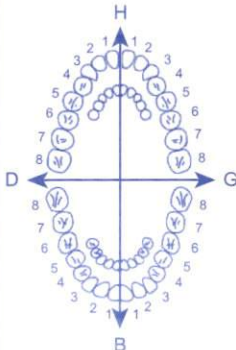
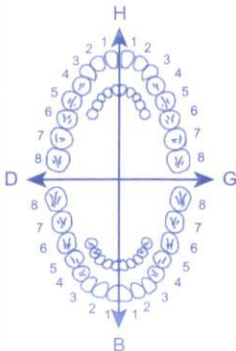
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

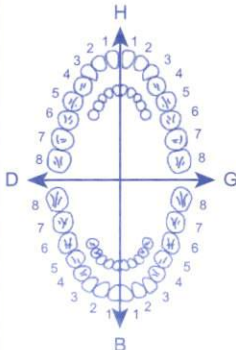
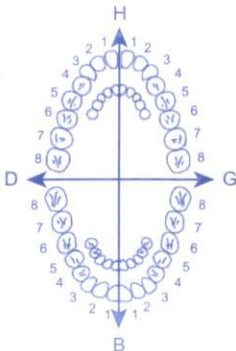
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

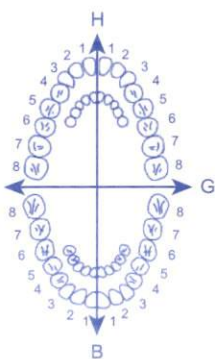
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

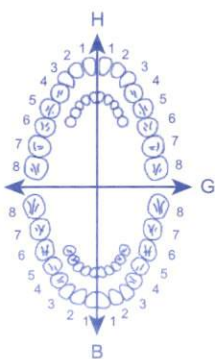
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

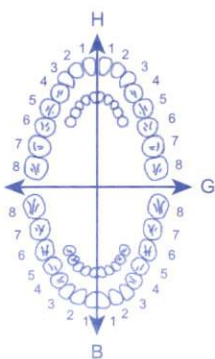
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

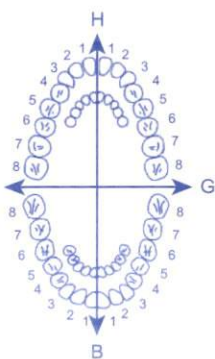
[illegible]

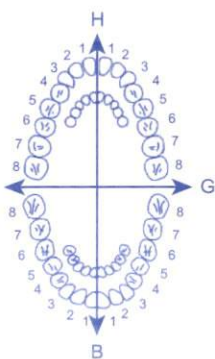
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

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"/>

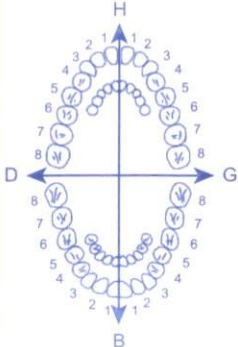
[illegible]

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"/>

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"/>


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"/>

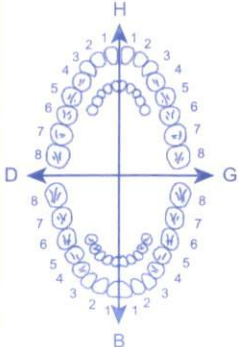
[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<p>H</p> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
<p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The upper arch is labeled 'H' at the front and 'D' on the left. The lower arch is labeled 'B' at the front and 'G' on the right.</p>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		<input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction)		MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

[illegible][illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFIENT DES TRAVAUX
	H		<input type="text"/>
	25533412 21433552		
	00000000 00000000	G	
	D ———— B		MONTANTS DES SOINS
	00000000 00000000		<input type="text"/>
	35533411 11433553		
	(Création, remont, adjonction)		DATE DU DEVIS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION
		<input type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<p>H</p> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
<p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The upper arch is labeled 'H' at the top and 'D' on the left. The lower arch is labeled 'B' at the bottom and 'G' on the right.</p>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		<input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction)		MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. Latif - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

بسم الله

Casablanca, le :

15/12/23

Mr. (Mme) :

CHAHED MILLOU

12600 Pi Roche y

10280 Il no x y

28300 Ch and rosul F uooy y

7500 Mo - FLAM c

7620 no phar sa 75 c

5280 Aml c

A2950 m ox

81450

Dr. N. LATIF IDRISSE

TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

75, Boulevard Massira Al Khadra

Tél. : 05 22 25 25 16

Fax : 05 22 25 25 07

LOT 221326 2
EXP 04 2025
PPV 63.00 DH

LOT 230861.1
EXP 02 2026
PPV 63.00 DH

019822 08/25
PPV 51.00 DH

LOT 065823
UT AV 06 2026
PPV 51.00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO
118001271214
PPV : 283,00 DH

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massara Al Khadra
Tel : 05 22 22 22 18
Fax : 05 22 22 22 21

Nurax® Tonus

Flacons buvables

FORME ET PRESENTATION :

Flacons buvables, Boîte de 10.

COMPOSITION :

Extrait de fruit de Guarana (Paullinia cupana),
la passion, Eau, Fructose, Conservateurs (S)

PROPRIÉTÉS :

Nurax® Tonus Flacons buvables est à base d'actifs tels que la gelée royale, la taurine et le guarana qui procurent tonus et énergie et qui dynamisent l'organisme en cas de fatigue tout en augmentant sa résistance en cas de périodes de stress et d'affaiblissement.

CONSEILS D'UTILISATION :

- Bien agiter avant utilisation.
- Prendre 1 flacon par jour pur ou dilué dans de l'eau ou dans du jus de fruits, de préférence le matin.

PRÉCAUTIONS D'UTILISATION :

- Ne pas dépasser l'apport journalier recommandé.
- Maintenir hors de la portée des jeunes enfants.
- Conserver dans un endroit frais et sec.
- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche.
- Les compléments alimentaires doivent être consommés dans le cadre d'une alimentation variée et équilibrée et d'un mode de vie sain.

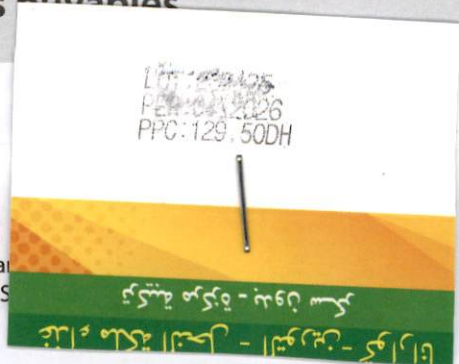
Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

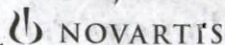
Fabriqué par Plameca - Barcelone - Espagne.

Importé et distribué au Maroc par THERAPHARM.

Numéro d'enregistrement au Ministère de la Santé et de la protection sociale n° :

20212007834/MAV2/CA/DPS/DMP/18





NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

Voltarène® SR 75,
comprimés enrobés. Boîte de 20.
Voltarène® LP 100,
comprimés pelliculés. Boîte de 10.

DCI : Diclofenac Sodique

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

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez 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, cela pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres. 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.

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **VOLTARENE®** et dans quel cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser

Dans de très rares cas, de graves réactions allergiques (par ex. une éruption) peuvent survenir chez les patients traités par Voltarène ou également par d'autres médicaments anti-inflammatoires. Informez donc immédiatement votre médecin si une

En cas de traite
2-3 semaines),
votre médecin

La prudence s'i
chez les patien
susceptibles de

de Voltarène et qu'il ne devrait donc prendre, par mesure de précaution, que la dose minimale efficace.

Grossesse et Allaitement

Grossesse

Si vous êtes enceinte ou si vous envisagez une grossesse, vous ne pouvez prendre Voltarène qu'après en avoir discuté avec votre médecin. Voltarène ne doit pas être pris pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Allaitement

Voltarène ne doit pas être pris pendant la période d'allaitement sauf en cas d'autorisation explicite par votre médecin.

Effets sur l'aptitude à conduire un véhicule

Ce médicament peut affecter les réactions, l'aptitude à la conduite et l'aptitude à utiliser des outils ou des machines!

Lors d'apparition de vertiges, troubles visuels ou d'autres troubles nerveux centraux, vous devez tout particulièrement renoncer à conduire un véhicule ou à utiliser des machines et vous devez contacter

PPV : 76.20 DH



de
ement

iment
corporel,
ix effets

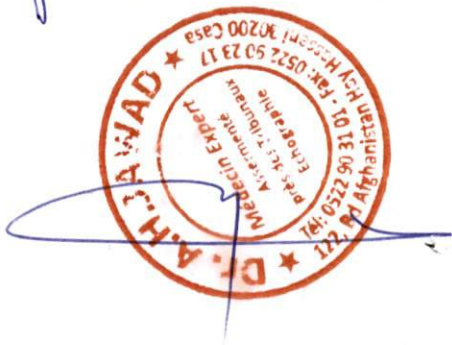
215/12/23

2-

12g sn x 10MA =

120 MA (Curb
high ch.)

r Mr CHAARAD Milovan



Crème chauffante

20

FLIGMA[®]

Tube de 50g

Crème chauffante décontracturante



Crème chauffante
Décontracturante musculaire

PVC : 45.00 DH

LOT : 01170926

EXP : 09/2026

NOTICE : INFORMATION POUR L'UTILISATEUR

1. DENOMINATION :

AULCER 20 mg, gélules gastro-résistantes
Boîte de 14 et 28 gélules gastro-résistantes
DCI : oméprazole

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre le médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait 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 votre pharmacien. Voir la rubrique 4.

2. COMPOSITION D'AULCER 20 mg gélules gastro-résistantes :

Composition en substance active :

AULCER 20 mg : chaque gélule contient 20 mg d'oméprazole.

Composition en excipient :

Les excipients sont : saccharose/ amidon de maïs, laurylsulfate de sodium, phosphate disodique, mannitol, hydroxypropyl méthylcellulose (hypromellose), polyéthylène glycol 6000 (Macrogol), talc, polysorbate 80, dioxyde de titane (CI=77891, E-171), eudragit L30D55 (copolymères d'acrylate).

Liste des excipients à effet notoire :

Saccharose, polyéthylène glycol (Macrogol) et mannitol.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Oméprazole appartient à la classe des médicaments appelée « inhibiteurs de la pompe à protons ». Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

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

Chez les adultes :

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.
- 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). AULCER® 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). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

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.

5. POSOLOGIE :

Voie d'administration : voie orale.

Veillez à toujours prendre AULCER® en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Votre médecin vous dira combien de fois et combien de temps vous devez les prendre en fonction de votre âge et de votre état de santé.

La dose habituelle est indiquée en contrebande.

Adultes :

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien.

AMM N° : 569/17 DMP/2 VNRQ

LOT: 22257
PER: 05/2025
PPV: 52,80 DH

Le traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien se fait par la prise de 20 mg une fois par jour. Si votre œsophage n'a pas été endommagé, la prise de 20 mg une fois par jour suffit. Si votre œsophage a été endommagé, votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Si l'ulcère n'a pas été complètement cicatrisé, votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Traitement des ulcères dans la partie haute de l'intestin (ulcère duodénal) :

• La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

• Si l'ulcère n'a pas été complètement cicatrisé, votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Traitement des ulcères de l'estomac (ulcère gastrique) :

• La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

• Si l'ulcère n'est pas complètement cicatrisé, votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Prévention de la récurrence de l'ulcère gastrique :

• La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Traitement de l'ulcère gastrique et du duodénum (ulcère non stéroïdien) :

• La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Prévention des ulcères de l'estomac et du duodénum :

• La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Traitement des ulcères provoqués par l'usage d'anti-inflammatoires non stéroïdiens :

• La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Prévention des ulcères de l'estomac et du duodénum :

• La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

Votre médecin peut vous demander de prendre 40 mg (2 gélules de 20 mg) une fois par jour.

Traitement d'un excès d'acide dans l'estomac (syndrome de Zollinger-Ellison) :

• La dose recommandée est de 60 mg une fois par jour.

Votre médecin peut ajuster la dose en fonction de la durée pendant laquelle vous prenez le médicament.

Utilisation chez l'enfant :

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien :

Les enfants âgés de plus de 1 an et avec un poids corporel ≥ 10 kg.

AULCER®. La posologie dépendra du poids de l'enfant et de la dose correcte à administrer.

Traitement et prévention des ulcères de l'estomac et du duodénum :

Les enfants âgés de plus de 4 ans et avec un poids corporel ≥ 10 kg.

AULCER®. La posologie dépendra du poids de l'enfant et de la dose correcte à administrer.

Votre médecin prescrira à votre enfant l'amoxicilline et la clarithromycine.

Mode d'administration :

• Il est recommandé de prendre vos gélules avec de l'eau.

• Les gélules peuvent être prises avec ou sans nourriture.

• Elles doivent être avalées entières et ne pas être mâchées.