

# 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.



# Declaration de Maladie

N° W21-804571

19963

|   |  |                                      |                            |
|---|--|--------------------------------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie       | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique     | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                    |  |                                      |                            |
| Matricule :                                       | 4690   | Société :                            |                            |
| <input type="checkbox"/> Actif                    | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :     |                            |
| Nom & Prénom : LABBAKI Khalid                     |  |                                      |                            |
| Date de naissance : 13.03.1958                    |  |                                      |                            |
| Adresse : N° 4 AV ORAN RUE ADIS ARABA ZOHOR 1 FES |  |                                      |                            |
| Tél. :  | 06.56.46.30.36                                   | Total des frais engagés : 546,00 DHS |                            |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
|   |  |  |  |
| Date de consultation : 15.01.2021   |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : MIKOU AMAL Age:   |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Filié-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint  |  |  |  |
| Nature de la maladie : Div c hit A gue  |  |  |  |
| 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'adjudant conseil de la Mutuelle. |  |  |  |

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

Fait à : 26

Le : 15.01.2021

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-804571

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 4690  
 Nom de l'adhérent(e) : LABBAKI  
 Total des frais engagés : 546,00

## **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/01/24        | CS                |                       | 250.00                          | R.N.P 141124B45<br>Dr. Abdellatif Aït Aliouane<br>Pneumophtisiologue<br>10 Avenue des FAR Résidence Nour<br>06 52 45 98 05 Tel 05 35 73 45 00 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| PHARMACIE ADILA<br>Adresse: 25 Av Karama, Bld 1, Fes<br>Tél: 0525 64 42 31<br>Fax: 0525 64 42 31 | 15/1/2024 | 236,00                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                                 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
|                 |                |                  |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX<br><input type="text"/>         |
|                 |                |                  |             | MONTANTS<br>DES SOINS<br><i>17</i><br><input type="text"/> |
|                 |                |                  |             | DEBUT<br>D'EXECUTION<br><input type="text"/>               |
|                 |                |                  |             | FIN<br>D'EXECUTION<br><input type="text"/>                 |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Dr. Abdelali ANTAR**

**Pneumophtisiologue**

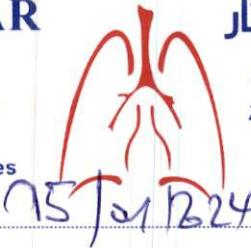
Asthme - Allergies Respiratoires

Infections Respiratoires

Bronchopneumopathies chroniques

Tuberculose

Fès, Le :



**الدكتور عبد العالى عتار**

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

ربو - حساسية صدرية - أمراض تعقنية

أمراض صدرية مزمنة

داء السل

فاس في : ٧٥٢١٢٢٤

Nikou Amal

160,00

Olent 600

15

75,00

Afroxol

15

37,40

5 x 3,7 = 18,50

3-

15

Nesfral 20 mg  
3 cl x 6 Meflo = 18

119,60

15

Ranutal 15 mg  
3 cl x 3 = 45

296,00

15

3-4,1

# Apixol

8 032578 477337

## FORMES ET PRESENTATIONS :

Apixol® Adultes - Solution buvable-flacon 200ml.

Apixol® Enfants - Solution buvable-flacon 200ml.

## PROPRIETES :

Apixol®, à base d'extraits de propolis, d'échinacée ainsi que d'herbes et d'huiles essentielles, aide à dégager et apaiser les voies respiratoires et à adoucir la gorge, procurant ainsi un confort global (Poumons, gorge, nez...) tout en renforçant les défenses naturelles de l'organisme.

## UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées.
- Gorge irritée.
- Enrouement.

## CONSEILS D'UTILISATION :

Apixol® Adultes : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Apixol® Enfants : - Moins de 4 ans : 1 cuillère à café 3 à 4 fois par jour.

- De 4 à 12 ans : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche.
- Déconseillé chez la femme enceinte.
- Le produit peut présenter des sédiments dûs à la nature de ses composants, toutefois sa qualité et son efficacité ne sont pas altérées.
- Respecter la dose recommandée.
- Bien agiter avant l'emploi.
- Après ouverture, conserver au frais et consommer dans un délai d'un mois.
- Tenir hors de la portée des enfants.

**Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament**

Fabriqué par Pharmalife Research - Garbagnate Monastero (LC). - Italie.

Importé et distribué au Maroc par Medipro pharma.

Autorisation du Ministère de la Santé n° :

APIXOL® Adulte / DA 20191312479DMP/20UCA/MAv2

APIXOL® Enfant / 20211312617MAv2/CA/DMP/18

# NEOPRED®

20 mg et 5 mg  
comprimé effervescent  
Prednisolone

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 toute autre question, 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.
- 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.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE NEOPRED®, comprimé effervescent ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE NEOPRED®, comprimé effervescent ?
3. COMMENT PRENDRE NEOPRED®, comprimé effervescent ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER NEOPRED®, comprimé effervescent ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

## 1. QU'EST-CE QUE NEOPRED®, comprimé effervescent ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :

GLUCOCORTICOÏDES - USAGÉ SYSTEMIQUE.

(H: Hormones systémiques non sexuelles).

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE NEOPRED®, comprimé effervescent ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

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

Contre-indications :

**N'utilisez jamais NEOPRED®, comprimé effervescent dans les cas suivants :**

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

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

Précautions d'emploi : mises en garde spéciales :

Faites attention avec NEOPRED®, comprimé effervescent :

Mises en garde spéciales :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration du traitement :

### Posologie

NEOPRED® 20 mg est adapté aux trait courte durée nécessitant des doses moye plus de 10 kg.

NEOPRED® 5mg est indiqué pour les trait La dose à utiliser est déterminée par votre la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement l'arrêter brutalement sans l'avis de votre n

### Mode et voie d'administration :

#### Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas. Respecter la prescription de votre médecin.

### Durée du traitement :

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre

les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Symptômes et instructions en cas de surdosage : Sans objet.

Instructions en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses :

#### *Si vous oubliez de prendre NEOPRED®, comprimé effervescent :*

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement. Cependant, si vous omettez de prendre une dose, continuez le traitement normalement.

Risque de syndrome de sevrage : Sans objet.

## 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

### Description des effets indésirables :

Comme tous les médicaments, NEOPRED®, comprimé effervescent est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Ce médicament, indispensable à votre santé, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.

Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

### Les plus fréquemment rencontrés sont :

- Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.
- Apparition de bleus.
- Elevation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.
- Troubles de l'humeur: excitation, euphorie, troubles du sommeil.
- Syndrome de Cushing: une prise de corticoïdes peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, une poussée excessive des poils.
- Fragilité osseuse: ostéoporose, fractures.
- Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

### D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés :

- Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrenale.
- Retard de croissance chez l'enfant.
- Troubles des règles,
- Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).
- Troubles digestifs : ulcère digestif, hémorragies et perforations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant.
- Fragilisation de la peau, retard de cicatrisation, acné.
- Confusion, convulsion, état dépressif à l'arrêt du traitement,

AMM N° : 280R1/19DMP/21/NP



**PARANTAL C 1000®**

**PARANTAL C 1000®**

PPV 19DH60  
EXP 02/2026  
LOT 32040 3

**Paracétamol, acide ascorbique**

**MENT**

effervescents : Boîte de 10

alité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
z avoir besoin de la relire.

si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre

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.

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.

## **2- COMPOSITION DU MEDICAMENT**

p. comp. eff.

Paracétamol..... 500 mg  
Acide ascorbique..... 1000 mg

Excipients : Acide tartrique, Bicarbonate de sodium, Benzoate de sodium, Cyclamate de sodium, Saccharine sodique, Saccharose, Riboflavine (colorant), Fécule de pomme de terre, Arôme orange AME 2001, Arôme naturel polvaromas kola 5401, Eau purifiée, Ethanol à 96 %.

## **EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

Saccharose, Sodium

## **3- CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE**

Analgésique (calme la douleur) - Antipyrétique (fait baisser la fièvre)

## **4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES**

Toutes les manifestations douloureuses et/ou fébriles, et particulièrement :

- Les états grippaux avec céphalées, courbatures, hyperthermie, asthénie.
- Rhino-pharyngites.
- Règles douloureuses.
- Douleurs dentaires.

## **5- POSOLOGIE**

Ce médicament est réservé à l'adulte et enfant à partir de 15 ans : 1 comprimé à renouveler en cas de besoin une deuxième fois/jour en respectant un intervalle minimum de 4 heures.

Les comprimés sont à dissoudre dans ½ verre d'eau.

## **6- CONTE-INDICATIONS**

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Maladie grave du foie.
- Allergie connue au paracétamol ou aux autres constituants.
- Lithiasis urinaire quand la dose d'acide ascorbique doit dépasser 1 g/24 h.

**ENCAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## **7- EFFETS INDESIRABLES**

Comme tous les médicaments, PARANTAL C 1000® est susceptible d'avoir des effets indésirables :

- dans certains cas rares, il est possible que survienne une éruption ou une rougeur cutanée ou une réaction allergique pouvant se manifester par un brusque gonflement du visage et du cou ou par un malaise brutal avec chute de la pression artérielle. Il faut immédiatement arrêter le traitement, avertir votre médecin et ne plus jamais reprendre de médicaments contenant du paracétamol;
- exceptionnellement, des modifications biologiques nécessitant un contrôle du bilan sanguin ont pu être observées : trouble du fonctionnement du foie, taux anormalement bas de certains éléments du sang (plaquettes) pouvant se traduire par des saignements de nez ou des gencives. Dans ce cas, consultez un médecin;
- des doses élevées de vitamine C (supérieures à 1 g) favorisent chez certains sujets l'apparition de calculs rénaux et peuvent accroître l'hémolyse (destruction des globules rouges) chez les sujets déficients en G6PD.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## **8- MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI**

Prendre des précautions particulières avec PARANTAL C 1000®, comprimé effervescent :

### **Mises en garde**

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol et de la vitamine C. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

**CLARIL®**  
Clarithromycine 500 mg  
Boîte de 14 comprimés enrobés

PPV : 160.00 DH  
  
6 18000 191001

**CLARIL®**  
comprimé enrobé  
Clarithromycine 250 mg - 500 mg

hromycine – Boîte de 14.  
hromycine – Boîte de 14.  
**CLARIL 250 mg**  
250 mg  
1 comprimé

**CLARIL 500 mg**  
500 mg  
1 comprimé

Pâle beige : opacité, couleur jaune de quinoléine.

**PROPRIETES :**

Antibiotique de la famille des macrolides.

**INDICATIONS :**

Traitement des infections dues aux germes définis comme sensibles dans les manifestations :

- Sinusites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.
- Pneumopathies communautaires non sévères.
- Traitement curatif des infections à Mycobacterium avium chez les patients infectés par le VIH.
- Angines documentées par streptocoque A bêta-hémolytique.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Infections cutanées bénignes.
- Infections stomatologiques.
- En association à un autre antibiotique et à un antisécrétoré, éradication de Hélicobacter pylori en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.

**CONTRE-INDICATIONS :**

**Absolues :**

- Hypersensibilité à la clarithromycine ou à l'un des composants.
- Allergie aux macrolides.

**Relatives :**

- Alcaloides de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride, mizolastine, pimozide, bérpidil.
- Grossesse et allaitement.

**POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :**

- Angines : 500 mg/j, en 2 prises pendant 5 jours.

- Infections stomatologiques et cutanées : 500 mg/j en 2 prises.

- Infections bronchiques : 500 mg à 1 g/j en 2 prises pendant 7 jours.

- Sinusites aiguës, pneumopathies, bronchiques chroniques : 1 g/j en 2 prises pendant 7 jours.

- Eradication de Hélicobacter pylori : 500 mg soit 1 comprimé associé à 1 g d'amoxicilline et 20 mg d'oméprazole matin et soir pendant 7 jours. La trithérapie sera suivie d'un traitement antisécrétoré d'une durée de 3 à 5 semaines.

- Respecter la prescription médicale.

- Avaler les comprimés avec un verre d'eau de préférence au cours des repas.

**ADAPTATION DE LA POSOLOGIE :**

- Chez les insuffisants rénaux (clairance de créatinine < 30 ml/min) réduire la posologie de moitié.

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

**Mises en garde :**

- Tenir compte de la possibilité de survenue de colites pseudomembraneuses.

- Associer obligatoirement la clarithromycine à d'autres antibiotiques dans le traitement des infections VIH (+).

- Ne pas associer la clarithromycine à d'autres médicaments oto-toxiques, et en particulier les aminosides.

**Précautions d'emploi :**

- En cas de survenue d'acouphènes ou de baisse de l'acuité auditive, un audiogramme devra être réalisé en plus d'une modification posologique.

- Insuffisance hépatique sévère.

- Insuffisance rénale sévère.

- Prendre en compte la possibilité de résistance croisée entre la clarithromycine et les autres macrolides, et d'autres antibiotiques tels que : la lincomycine et la clindamycine.

*En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.*

**CLARIL® est un médicament, ne pas laisser à la portée des enfants.**

**SURDOSAGE :**

En cas de surdosage, un lavage gastrique et un traitement symptomatique s'imposent.

**EFFECTS INDESIRABLES :**

- Manifestations digestives : nausées, vomissements, gastralgies, diarrhée.

- Candidose buccale, glossite, stomate.

- Manifestations cutanées allergiques.

- Hépatite cholestatische due à une augmentation transitoire des transaminases ASAT-ALAT.

- Des cas d'acouphènes et d'hypoacusie dus à une posologie > à 1 g/j sur des périodes de traitement prolongées, réversibles à l'arrêt du traitement.

- Rares cas de dysgueusies.

- Colorations dentaires réversibles avec des soins dentaires.

Tout autre effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice devra être signalé systématiquement à votre médecin ou à votre pharmacien.

**GROSSESSE ET ALLAITEMENT :**

**CLARIL®** est déconseillé pendant la grossesse sauf nécessité absolue.

Interrompre l'allaitement en cas de survenue de troubles digestifs chez le nouveau-né allaité.

En cas de prise de cisapride par le nouveau-né allaité, la clarithromycine est formellement interdite.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :**

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

**Associations contre-indiquées :** Alcaloides de l'ergot de seigle vasoconstricteurs, Cisapride, Pimozide, Bépridil, Mizolastine.

**Associations déconseillées :** Agonistes dopaminergiques, Ebastine, Tacrolimus, Toltérodine, Halofantrine.

**Associations nécessitant des précautions d'emploi :** Anticoagulants oraux, Ciclosporine, Digoxine, Midazolam, Triazolam, Rifabutine, Atorvastatine, Cervastatine, Simvastatine, Carbamazépine, Antiprotéases (indinavir, ritonavir), Disopyramide.

**Associations à prendre en compte :** Théophylline (base et sels) et Aminophylline.

**CONDITIONS DE CONSERVATION :** A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

LISTE I - Délivré uniquement sur ordonnance.

Date de révision de la notice : Avril 2012



LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALÉNICA

Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

NCLZ1F1VA02

Imp Adr