

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.



203250

Déclaration de Maladie : N° S190002729

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6482 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
Nom & Prénom : MAHBAOU BAKIA Date de naissance : 16/11/1961
Adresse : Les Collines DAR BOUAKKA Im. K2
Tél : 0661140397 Total des frais engagés : 751,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Malika ENNABIL
MEDECINE GENERALE
Capital Center, Entrée B, N° 203
Boulevard Anoual - Casablanca
P.P. 36361200 - INPE: 091041291

Date de consultation : 26/01/2024
Nom et prénom du malade : MAHBAOU BAKIA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : GASTRIQUE AHP
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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
26-01-2024				Cachet gratuit

26-9-2024

4. Complete graph

N°	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Date	
Lieu	
Signature	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRALE Oulad MSABEL Douar Oulad Msabel Kelaat Sraghna 072 M7708	26-01-2024	51,40

PHARMACIE CENTRALE
Oulad Msabel..... 26
Douar Oulad Msabel.....
Kelaat Sraghna 18

26-01-2024

\$51,40

072 MF708

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

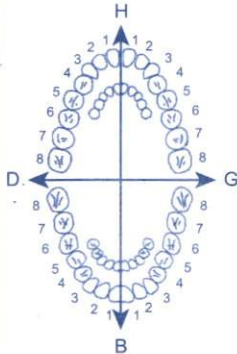
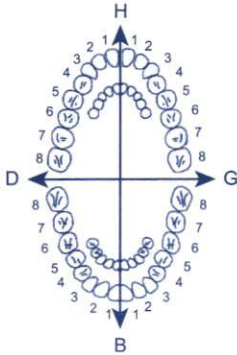
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

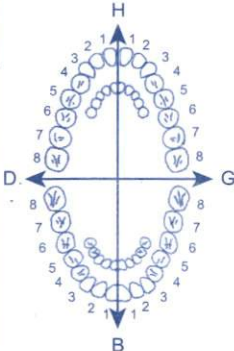
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

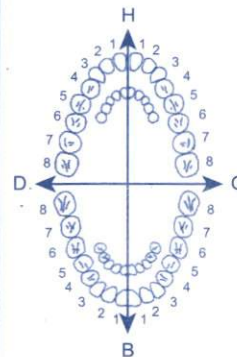
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez 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
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION




O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

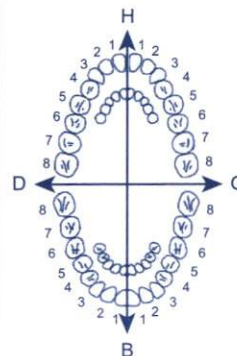
MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Malika ENNABIL

Médecine générale - D.I.U. Nutrition
D.I.U. Echographie - Esthétique
Meso - PRP

203, Angle Bd Anoual et Abdelmoumen
Capital Centre, 1er Etage, N°1, Imm. B
Casablanca

☎ : 05.22.25.02.45



الذكتورة مليكة النيل

الطب العام - التغذية - الفحص بالصدى

203، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن
كابييتال سنتر، الطابق الأول، الشقة رقم 1
العمارة B، الدار البيضاء

☎ : 05.22.25.02.45

Casablanca, le 26 JAN 2024 في الدار البيضاء،

73,80 MAHRADUI Rakia

1°) Ixor 20 (S.V) 1cp nat' le soir apres

64,10 2°) Aaimycin 1g (S.V) 1cp nat' le soir apres

73,80 3°) Ixor 20 (S.V) 1cp nat' le soir apres

160,00 4°) claud roo (S.V) 1cp nat' le soir apres

1h 29,00 5°) Zyr dual roo (S.V) 1 - 1 - 1 apres

HH de 05 Jours

HH de 5 Jours

→

$$69,100 \times 3 = 207,100$$

- Probiotix (S.V)
2 gel en 1 pos

118,50

- Ixor 20 (S.V)
117 le Nat

25,20

- Alinarro (S.V)
117 le soir

Docteur Malika ENNABI
MEDECINE GENERALE
Capital Centre, Entrée 8, N° 203
Boulevard Anouar, Casablanca
T.P. 36361200 - INPE: 091061291

T = 751,40

PHARMACIE CENTRALE
Oulad Msabel
Douar Oulad Msabel
Kelaat Sraghna

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles
PPV. 64DH10
LOT 33049 8
EXP 08/2025

27,00

LDT: 09323042
PER: 07/2028
POT: 27.00 DH

• Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'information à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autres, 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.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que ALIVAR® 50 mg, gélules et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ALIVAR® 50 mg, gélules ?
3. Comment prendre ALIVAR® 50 mg, gélules ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ALIVAR® 50 mg, gélules ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QU'ALIVAR® 50 MG, GÉLULES ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

• **Classe pharmaco-thérapeutique :** Antipsychotique neuroleptique, benzamide code ATC : N05AL01

Il appartient à la famille des benzamides. C'est un antipsychotique neuroleptique.

• Indications :

Adultes : traitement symptomatique de courte durée de l'anxiété en cas d'échec des thérapeutiques habituelles.

Enfant (de plus de 6 ans) : Troubles graves du comportement (agitation, automutilations, stéréotypies), notamment dans le cadre des syndromes autistiques.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ALIVAR® 50 MG, GÉLULES ?

- **Ne prenez jamais ALIVAR® 50 mg, gélules dans les cas suivants :**

- Hypersensibilité au sulpiride ou à l'un des autres constituants du produit,
 - Tumeur connue dépendant de la prolactine, par exemple (adénome hypophysaire à prolactine ou cancer du sein),
 - Phéochromocytome (atteinte de la glande médullosurrénale provoquant une hypertension artérielle sévère),
 - En association avec les dopaminergiques non antiparkinsoniens cabergoline et quinagolide (médicaments utilisés dans les troubles de la lactation).
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

- Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

• Mises en gardes spéciales :

Si vous présentez un des cas suivants, veuillez en informer votre médecin avant de commencer le traitement par le ALIVAR® 50 mg, gélules :

- En cas d'apparition de fièvre inexpliquée, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'interrompre le traitement et d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.
- Avant la prise de ce traitement et afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra être amené à vous faire pratiquer un électrocardiogramme. En effet, ce médicament peut provoquer des troubles du rythme cardiaque.
- Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant des facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral.
- Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez les patients âgés atteints de

démence.

- Ce médicament de formation de caillots de formation de caillots

- La prise de ce médicaments ou des médicaments dopaminergiques (troubles graves des médicaments susceptibles d'apparition

- Ce médicament de risque d'apparition principalement de la

- Chez l'enfant, un sur

- La prise de comprimés peut avaler de travers

- En raison de présence atteints de galactose

- de déficit en lactase

• **Précautions d'emploi**

Afin que votre médecin traitement, il est nécessaire

- En cas de maladie

- En cas de diabète

- En cas de maladie

- En cas d'insuffisance

- En cas d'antécédents épileptiques,

- Chez les sujets à orthostatique, à la suite

EN CAS DE DOUTE, VOTRE PHARMACIEN

- **Enfants et adolescents**

Sans objet.

- **Usage des autres**

Veillez indiquer à récemment pris ou médicament obtenu

De plus, veuillez signaler pouvant interagir avec

• **Associations**

Dopaminergiques utilisés dans les troubles

• **Associations de médicaments**

Certains médicaments (cardiaques) tels que :

- Antiparasitaires

- Luméfantrine, pentamidine

- Antiarythmiques (amiodarone, sotalol)

- cisapride, diphénhydramine

- spiramycine IV.

- Autres neuroleptiques

- halopéridol, levomépromazine

- véralipride.

- Méthadone.

Certains médicaments

- Antiparkinsonien

ZYRDOL®
20 comprimés
pelliculés 500 mg

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés
pelliculés

PPV 29DH00
EXP 06/2026
LOT 35035 2

COMPOSITION

- Comprimé pelliculé à 250 mg	
Métronidazole	250 mg
Excipient qsp 1 comprimé pelliculé	
- Comprimé pelliculé à 500 mg	
Métronidazole	500 mg
Excipient qsp 1 comprimé pelliculé	
- Suspension buvable à 125 mg/ 5 ml	
Métronidazole	2, 500 g
Excipient qsp 100 ml	
- Solution injectable à 500 mg / 100 ml	
Métronidazole	500 mg
Excipient qsp 100 ml	

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antibiotique antibactérien antiparasitaire de la famille des nitro-5-imidazolés.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS)

- Amibiases.
- Trichomonases urogénitales.
- Vaginites non spécifiques.
- Lamblases.
- Traitement curatif des infections médicochirurgicales à germes anaérobies sensibles.
- Relais des traitements curatifs par voie injectable des infections à germes anaérobies sensibles.

CONTRE-INDICATIONS

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

- Contre-indication absolue :
- Hypersensibilité aux nitro-imidazolés.

- Contre-indication relative :

Disulfiram-Alcool.

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

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Eviter les boissons alcoolisées
- Il convient d'interrompre le traitement et de consulter un médecin en cas d'apparition d'une mauvaise coordination des mouvements volontaires, apparition de vertiges ou de confusion.
- Prévenez votre médecin en cas d'antécédents de troubles hématologiques.
- Attention à la prise de ce médicament si vous souffrez de troubles nerveux sévères, chroniques ou qui évoluent.
- Suspension buvable :
- Ce médicament contient du saccharose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).
- Ce médicament contient 2,5 g par unité de prise (5 ml) : en tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.
- Ce médicament contient des parahydroxybenzoates et peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées).
- Comprimé pelliculé :
- En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- Déconseillés :
- Alcool : chaleur, rougeurs, vomissements, tachycardie.
- Disulfiram : bouffées délirantes. Etat confusionnel.
- Nécessitant des précautions d'emploi :
- Anticoagulants oraux : augmentation de l'effet anticoagulant et du risque hémorragique. Adapter les doses de l'anticoagulant oral.
- A prendre en compte :
- Fluoro-uracile
- Examen paraclinique :

Le métronidazole peut immobiliser les tréponèmes et donc faussement positiver un test de Nelson.

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.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Le métronidazole peut être administré chez la femme enceinte, et doit être évité pendant l'allaitement.

D'UNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES

Il convient d'avertir les patients du risque potentiel de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions et de leur recommander de ne pas conduire de véhicules, ni d'utiliser de machines en cas de survenue de ce type de troubles.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

- Comprimés pelliculés à 250 mg : Lactose
- Comprimés pelliculés à 500 mg : Lactose
- Suspension buvable à 125 mg/ 5 ml : Saccharose, sodium environ 20 mg pour 100 ml : le taux de sodium est inférieur à 1 mmol par dose, c'est-à-dire "sans sodium", parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle.
- Solution injectable pour perfusion à 500 mg/ 100 ml : sodium environ 330 mg pour 100 ml.

POSOLOGIE USUELLE, VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Dans tous les cas se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin. A titre indicatif, la posologie usuelle est :

PPU 118DH50

EXP 06/2025
LOT 35026 2

- Ixor® Comprimés effervescent, en boîte de 7, 14 et 28

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur 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 Ixor® et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Ixor® ?
3. Comment prendre Ixor® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Ixor® ?
6. Informations supplémentaires.

1- QU'EST-CE QUE Ixor® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

- Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité

Code ATC : A02BC01

Ixor® comprimé effervescent contient la substance active omeprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelés inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

- Indications thérapeutiques

Ixor® comprimé effervescent 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). Ixor® comprimé effervescent 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.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE Ixor® ?

- Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

Sans objet.

- Ne prenez jamais Ixor® (Contre-indications)

- Si vous êtes allergique à l'omeprazole ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (pantoprazole, lansoprazole, rabéprazole, etc.).

Si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

Si vous êtes dans une des situations décrites ci-dessus, ne prenez pas Ixor® comprimé effervescent. Si vous avez des doutes, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre Ixor® comprimé effervescent.

En cas de présence d'aspartame, ce médicament est contre-indiqué chez les personnes atteintes de phénylcétonurie.

Attention avec Ixor® (Mises en garde spéciales)

Il y a des mises en garde particulières d'emploi :

En compte la teneur en sodium chez les patients suivant un régime à faible teneur en sodium.

- Ixor® 20 mg : environ 765,7 mg de sodium par comprimé effervescent.

- Ixor® 10 mg : environ 768,6 mg de sodium par comprimé effervescent.

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre Ixor® comprimé effervescent.

Ixor® comprimé effervescent peut masquer des symptômes d'autres maladies. Par conséquent, avant que vous ne commenciez à prendre Ixor® comprimé effervescent ou lorsque vous êtes sous traitement, vous devez informer immédiatement votre médecin de l'un des éléments suivants se produisant :

• Vous perdez du poids sans raison ou si vous avez des problèmes à avaler.

• Vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion.

• Vous vomissez de la nourriture ou du sang.

• Vous avez des selles noires (teintées de sang).

• Vous souffrez de diarrhée sévère ou persistante, car l'omeprazole a été associé à une faible augmentation de diarrhées infectieuses.

• Si vous avez des problèmes hépatiques sévères.

• Si vous avez déjà eu de développer une réaction cutanée après un traitement avec un médicament similaire à Ixor® qui réduit l'acidité de l'estomac.

• Vous devez faire un examen sanguin spécifique (Chromogranine A).

Si vous prenez Ixor® comprimé effervescent au long-cours (durée supérieure à un an), votre médecin vous surveillera probablement de façon régulière. Vous devez définir précisément tous les symptômes et événements nouveaux ou exceptionnels quand vous voyez votre médecin.

La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons tel que Ixor® comprimé effervescent, en particulier sur une période supérieure à un an, peut légèrement augmenter le risque de fracture de la hanche, du poignet ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez d'ostéoporose ou si vous prenez des corticoïdes (qui peuvent augmenter le risque d'ostéoporose).

Si vous avez une éruption sur la peau, en particulier dans les zones exposées au soleil, prévenez votre médecin dès que vous le pouvez, car vous devez peut-être arrêter votre traitement avec Ixor®. Rappelez-vous de mentionner également tout autre effet indésirable tel que des douleurs dans vos articulations.

- Enfants

Certains enfants atteints d'une maladie chronique peuvent nécessiter un traitement à long terme bien que cela ne soit pas recommandé. Ne donnez pas ce médicament aux enfants de moins de 1 an ou <10kg.

- Prises d'autres médicaments (Interactions avec d'autres médicaments)

Autres médicaments et Ixor® comprimé effervescent

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament. Cela concerne également les médicaments que vous achetez sans ordonnance.

Ixor® comprimé effervescent peut interagir sur le fonctionnement d'autres médicaments et certains médicaments peuvent avoir un effet sur Ixor® comprimé effervescent.

Vous ne devez pas prendre Ixor® comprimé effervescent si vous prenez un médicament contenant du **nelfinavir** (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

Vous devez informer votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments suivants :

- Kétoconazole, itraconazole, posaconazole ou voriconazole (utilisés dans le traitement des infections fongiques);
- Digoxine (utilisée dans le traitement de problèmes cardiaques);
- Diazépam (utilisée dans le traitement de l'anxiété, de l'épilepsie ou comme relaxant musculaire);
- Phénytoïne (utilisée dans l'épilepsie); si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par votre médecin serait nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration de Ixor® comprimé effervescent;
- Médicaments anti-coagulants pour fluidifier le sang tel que le

CLARIL®

clarithromycine

500 mg - 500 mg

CLARIL 500 mg

500 mg

1 comprimé

Lot: L...

Fab: 06/23 Per: 06...

250 mg

250 mg

1 comprimé

, colorant jaune de quinoléine.

INDICATIONS:

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 à streptocoque A bêta-hémolytique.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Infections cutanées bénignes.
- Infections stomatologiques.
- En association à un autre antibiotique et à un antisécrotoire, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.

CONTRE-INDICATIONS:**Absolues :**

- Hypersensibilité à la clarithromycine ou à l'un des composants.
- Allergie aux macrolides.
- Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride, mizolastine, pimozide, bépriidil.

Relatives :

- Bromocriptine, cabergoline et pergolide, tacrolimus, ebastine, toltérodine, halofantrine.
- 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, bronchites chroniques : 1 g/j en 2 prises pendant 7 jours.
- Eradication de Helicobacter pylori : 500 mg soit 1 comprimé associé à 1g d'amoxicilline et 20 mg d'oméprazole matin et soir pendant 7 jours. La thérapie sera suivie d'un traitement antisécrotoire 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.

EFFETS INDESIRABLES :

- Manifestations digestives : nausées, vomissements, gastralgies, diarrhée.
- Candidose buccale, glossite, stomatite.
- Manifestations cutanées allergiques.
- Hépatite cholestasique due à une augmentation transitoire des transaminases ASAT-ALAT.
- Des cas d'acouphènes et d'hypocousie 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 : Alcaloïdes de l'ergot de seigle vasoconstricteurs, Cisapride, Pimozide, Bépriidil, Mizolastine.**Associations déconseillées :** Agonistes dopaminergiques, Ebastine, Tacrolimus, Toltérodine, Halofantrine.**Associations nécessitant des précautions d'emploi :** Anticoagulants oraux, Ciclosporine, Digoxine, Midazolam, Triazolam, Rifabutine, Atorvastatine, Cérivastatine, Simvastatine, Carbamazépine, Antiprotéases (indinavir, ritonavir, nelfinavir), 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.

- Comprimé à 250 mg Boîte de 14 : AMM N° : 100/14 DMP/21/NCF

- Comprimé à 500 mg Boîte de 14 : AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF

Date de révision de la notice : Avril 2012

**LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA**

Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

Imp. Aljdir
NCLZF-TVFA01

LOT: 230881
DLUO: 10/2025
69,00DH

Probiotis

Saccharomyces boulardii



COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Saccharomyces boulardii (2.10^{10} CFU/g) ..282.5 mg , Stéarate de magnésium, Maltodextrine ... qsp gélule

FORME ET PRESENTATIONS :

PROBIOTIS : Gélule. Boîte de 10 et 20

PROPRIÉTÉS :

PROBIOTIS permet d'aider à renforcer la défense et le confort intestinal

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Adulte : 1 à 2 gélules 1 à 2 fois par jour.

Enfant : 1 gélule par jour.

A avaler avec un verre d'eau.

Enfants de moins de 6 ans : il est recommandé de ne pas avaler les gélules (risque de fausse route) mais de les ouvrir et d'en verser le contenu dans une boisson ou un aliment.

PROBIOTIS étant constitué de levures, ne doit pas être mélangé avec un liquide ou un aliment trop chaud (plus de 50°C), ou glacé.

DUREE RECOMMANDEE D'UTILISATION

Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION

-Porteur d'un cathéter veineux central.

-Allergie aux levures, spécialement à S. boulardii

CONDITIONS DE CONSERVATION

A température ne dépassant pas 25 °c, conserver à l'abri de l'humidité

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais

PROBIOTIS / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805319DMP/20UCAV1

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Tit Mellil, Casablanca

Code : AC2 - 00065

IMPRIMEPEL 03/22

LOT: 230881
DLUO: 10/2025
69,00DH

Probiotis

Saccharomyces boulardii



COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Saccharomyces boulardii (2.10^{10} CFU/g) ..282.5 mg , Stéarate de magnésium, Maltodextrine ... qsp gélule

FORME ET PRESENTATIONS :

PROBIOTIS : Gélule. Boîte de 10 et 20

PROPRIÉTÉS :

PROBIOTIS permet d'aider à renforcer la défense et le confort intestinal

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Adulte : 1 à 2 gélules 1 à 2 fois par jour.

Enfant : 1 gélule par jour.

A avaler avec un verre d'eau.

Enfants de moins de 6 ans : il est recommandé de ne pas avaler les gélules (risque de fausse route) mais de les ouvrir et d'en verser le contenu dans une boisson ou un aliment.

PROBIOTIS étant constitué de levures, ne doit pas être mélangé avec un liquide ou un aliment trop chaud (plus de 50°C), ou glacé.

DUREE RECOMMANDEE D'UTILISATION

Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION

-Porteur d'un cathéter veineux central.

-Allergie aux levures, spécialement à S. boulardii

CONDITIONS DE CONSERVATION

A température ne dépassant pas 25 °c, conserver à l'abri de l'humidité

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais

PROBIOTIS / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805319DMP/20UCAV1

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Tit Mellil, Casablanca

Code : AC2 - 00065

IMPRIMEPEL 03/22

LOT: 230881
DLUO: 10/2025
69,00DH

Probiotis

Saccharomyces boulardii



COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Saccharomyces boulardii (2.10^{10} CFU/g) ..282.5 mg , Stéarate de magnésium, Maltodextrine ... qsp gélule

FORME ET PRESENTATIONS :

PROBIOTIS : Gélule. Boîte de 10 et 20

PROPRIÉTÉS :

PROBIOTIS permet d'aider à renforcer la défense et le confort intestinal

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Adulte : 1 à 2 gélules 1 à 2 fois par jour.

Enfant : 1 gélule par jour.

A avaler avec un verre d'eau.

Enfants de moins de 6 ans : il est recommandé de ne pas avaler les gélules (risque de fausse route) mais de les ouvrir et d'en verser le contenu dans une boisson ou un aliment.

PROBIOTIS étant constitué de levures, ne doit pas être mélangé avec un liquide ou un aliment trop chaud (plus de 50°C), ou glacé.

DUREE RECOMMANDEE D'UTILISATION

Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION

-Porteur d'un cathéter veineux central.

-Allergie aux levures, spécialement à S. boulardii

CONDITIONS DE CONSERVATION

A température ne dépassant pas 25 °c, conserver à l'abri de l'humidité

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais

PROBIOTIS / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805319DMP/20UCAV1

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Tit Mellil, Casablanca

Code : AC2 - 00065

IMPRIMEPEL 03/22