

# INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.  
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.  
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

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

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

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

*Complément*

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0011206**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2383

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BENSALEM

Date de naissance :

18/02/50

Adresse :

7, Rue d'Alger, Casablanca

Tél. :

0662472089

Total des frais engagés :

613,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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

Fait à :

CASA

Le :

30 / 08 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



## RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

① Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.

② Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.

③ La déclaration maladie doit être **entièrement et correctement remplie** et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :

- l'ordonnance médicale,
- les prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,
- les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
- en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ...etc.
- en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
- en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.

④ En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.

⑤ Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ...etc.) et les soins en série (injections, rééducation ...etc.).

⑥ Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré

devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.

⑦ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

⑧ Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.

⑨ Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ...etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.

⑩ En cas de non présentation à une contre-visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.

⑪ Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ...etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).

⑫ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.

⑬ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014

ATLANTA  
ASSURANCES

شركة التأمين وإعادة التأمين أطلانتا  
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA  
Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

NCRM  
20, Rue Théophile Gauthier  
Casablanca 20.000 6  
Tél.: 0522 28 03 39 Fax: 0522 20 24 04

N° de police : 1866

N° d'adhérent : 90

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : JAWAD ZAHRA

Prénom du patient (e) : elle même

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : elle même

Montant des frais exposés (en DH) : 613,70

A : Coda le 31/05/18 Signature de l'adhérent (e) :

### CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

réf: 14/0102/V0506

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de dirhams  
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16  
C.N.S.S. 1090109 - I.F. : 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle : 37990058



**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénom du patient (e) : JAWAD ZAKRA

Age du patient (e) : \_\_\_\_\_ Date des soins : \_\_\_\_\_

Nature de la maladie (\*) : Fracture calcaneenne

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances (\*) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances :

(<sup>1</sup>) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	31/5/19	K18 Necessaire		300	
PHARMACIE	32 05 AS			200	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

DEVIS

**Etabli le :**

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)

EXÉCUTION

## Traitement

Commencé le :

Terminé le :

SOINS

## PROTHESE ET ODF

Coef

## Nature de l'acte

Dents  
traitées

Date \_\_\_\_\_

### Cotation

Nature de la prothèse  
ou semestre de l'ODF

COUT GLOBAL DES SOINS

DH : HQ :

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

N° règlement 2019510988

N° chèque

## DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE



Contrat N° : 004.2018.00000066-00

Adhésion N° : 00000090

Malade : Lui même

Ste Contractante : SOCIETE NCRM

Adhérent(e) : JAWAD ZOHRA

Déclaré le : 01/07/2019

Soin du : 31/05/2019

Sinistre N° : 040.2019.10003103

Date décision : 19/06/2019

Reçu le : 12/06/2019

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	200.00	200.00	0.00	85.00	0.00
(*) Pharmacie	113.70	0.00	113.70	85.00	96.64
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Totaux	613.70	200.00	413.70		351.64
Dossier N° :	Règlement Compagnie (Dhs)				351.64

Observation(s) :

(\*) nécessaire nr

Signature Adhérent(e)

**Professeur David COHEN**

Ancien Professeur à la Faculté  
de médecine de Casablanca  
Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie  
Chirurgie arthroscopique  
Chirurgie de la main et micro-chirurgie  
Chirurgie du rachis  
Médecine et chirurgie du sport

**البروفيسور ديفيد كوهن**

أستاذ سابق بكلية الطب  
بالدار البيضاء  
إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل  
الجراحة المنصيرية للمفصل  
جراحة اليد  
جراحة العمود الفقري  
الجراحة والطب الرياضي

Casablanca le 31/5/2019

## NOTES D'HONORAIRES

Mme JAWAD Zohra

Reçu la somme de 500 DH pour la réalisation d'une ponction  
infiltration d'épine calcanéenne à gauche  
Pr COHEN K10X 300

Nécessaire :

Gants stériles, Xylocaine ; compresses stériles, seringues

200

Total

500Dh

  
COHEN  
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE  
CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE  
22, Rue Najib Mahfoud (ex. rue Ollier) - Quartier Gauthier - Casablanca - Tél. 05 22 22 43 78 / 05 22 48 36 42 / 05 22 26 82 00  
Télécopie. 05 22 26 82 00 - e-mail : davidcohen@hotmail.fr



**Professeur David COHEN**

Ancien Professeur à la Faculté  
de médecine de Casablanca  
Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie  
Chirurgie arthroscopique  
Chirurgie de la main et micro-chirurgie  
Chirurgie du rachis  
Médecine et chirurgie du sport

**البروفيسور دفيد كوهن**

أستاذ سابق بكلية الطب  
بالدار البيضاء  
إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
الجراحة المنضوية للمفصل  
جراحة اليد  
جراحة العمود الفقري  
الجراحة و الطب الرياضي

Le 31/05/19

Mme JAWAN ZOUHA

30

① SEDALGIC du NYALGIE

10, x 31 j x 1 rep

②

RELAXOL

21 x 1 rep le soir



*David Cohen*  
David COHEN  
Chirurgie ORTHOPÉDIQUE  
Chirurgie ARTHROSCOPIQUE  
2, Rue Najib Mahfoud Gauthier  
Casablanca - Tél: 05 22 43 36 42 / 05 22 26 82 00

MZA

# رولاكسول 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول/ثيوكولشيكوزيد

أقراص

يوضح هذا الدواء لمراقبة إضافية مستحسن من التعرف بسرعة على المعلومات الجديدة لمراقبة السلامة. يمكنكم المساعدة فيها بالإبلاغ عن أي تأثير غير مرغوب فيه تلم ملاحظته. انظر نهاية الفقرة 4 كيف يتم التصريح عن التأثيرات الثانوية.

يجري الإطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل استعمال هذا الدواء. احتفظ بهذه النشرة. قد تحتاج إلى قراءتها من جديد. إذا كان لديك أي سؤال آخر. إذا كان لديك شدة، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي. لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة. لأنك قد تسبب الضرر له. إذا أصبح أحد التأثيرات غير المرغوب فيها خطراً أو لاحظت أي تأثير غير مرغوب فيه لم يفكر في هذه النشرة، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

1. ما هو رولاكسول وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟  
يوصف هذا الدواء في علاج تكميلي للتشنجات العضلية المؤلمة في الأمراض المنفصلة لدى البالغين والمراهقين ابتداء من 16 سنة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول رولاكسول؟  
لا تتناول أبداً رولاكسول في الحالات التالية: إذا كانت لديك حساسية لثيوكولشيكوزيد وأو باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في الفقرة 6). إذا كنت حاملاً أو قد تصبحين حاملاً أو تعتقدين أنك حامل. إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا تستعملين وسيلة لمنع الحمل. إذا كنت ترضعين. فصور كبدية خلوية أو مرض خطير في الكبد. لدى الأطفال دون 16 سنة.

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي. يجب الانتباه عند استعمال رولاكسول. احتياطات الاستعمال الخاصة: يستعمل بحيطه في حالة سوابق الإبرع أو الإغلاجات. يتطلب ظهور نوبة اختلاجية توقيف العلاج في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة جر مرتفعة عن طريق الخطأ. استشر الطبيب على الفور.

يحتوي هذا الدواء على باراسيتامول. كما تحتوي عليه أدوية أخرى. تأكد من أنك لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول. بما في ذلك إذا كانت أدوية بدون وصفة طبية. لا تجمع بينها حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية الممنوحة بها (انظر فقرة "الجرعات").

تعدّيات خاصة: في حالة الإسهال، أخبر الطبيب الذي قد يعيد ضبط الجرعات. في حالة الأم المهددة، غشيان، فيء، أخبر الطبيب. احترم تماماً جرعات ومدة العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استعمال هذا الدواء بجرعة أكبر (أي 8 أقراص من رولاكسول) أو لمدة تتجاوز 7 أيام. وذلك لأن المواد المكونة في جسمك عندما تتناول ثيوكولشيكوزيد بجرعات مرتفعة قد تسبب في إصابات في بعض الخلايا (عدد غير عادي من الصفيحات). وبسبب البرهنة على ذلك خلال دراسات لدى الحيوانات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصابات الخطوة عامل

خطر لظهور السرطان، لتغير الخصوبة الذكورية وقد يشكل خطراً على المولود. يجب التحذير إلى الطبيب إذا كان لديك المزيد من الأسئلة. سوف يخبرك الطبيب عن كافة التدابير المرتبطة بمنع الحمل الفعال والمخاطر المحتملة للحمل.

أخذ مدة العلاج في 7 أيام متتالية. قبل الشروع في العلاج بهذا الدواء، تحقق من عدم تناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول.

تناول الباراسيتامول يمكن أن يسبب اضطرابات وظائف الكبد. أخبر الطبيب: إذا كان وزنك يقل عن 50 كغ. إذا كنت تعاني من مرض كبد أو مرض خطير في الكلى. إذا كنت تستهلك الكحول كثيراً أو توقفت عن استهلاك الكحول مؤخراً. إذا كنت تعاني من فقدان الماء من الجسم. إذا كنت تعاني مثلاً من سوء التغذية المزمن. إذا كنت في فترة الصوم. إذا فقدت الكثير من الوزن مؤخرًا. إذا كان سنك يقل عن 75 سنة. يقلق 65 سنة وتعالج من أمراض طويلة الأمد. إذا كنت مصاباً بقرصن نقص المناعة ال أو بتهاب الكبد الفيروسي المزمن. إذا كنت تعاني من التليف الكيسي (مرض جيني ورو) يتم خاصة بإصابات تنفسية خطيرة. أو إذا كنت مصاباً بمرض جليم (مرض وراثي) من ارتفاع بيلروبين في الدم.

يتمتع بعدم استعمال المضادات الحيوية خلال العلاج في حالة انقطاع حديث العهد من الإدمان المؤلم على الكحول. يتزايد خطر الإصابة ال في حالة التهاب الكبد الفيروسي الحاد. توقف عن العلاج واستشر الطبيب في حالة مشككة تنفسية (سوء التغذية) أو فقدان الماء من الجسم. يجب تناول رولاك

أقراص بكل خذر الأطفال والمراهقين: لا تستعمل هذا الدواء لدى الأطفال أو المراهقين دون 16 سنة / السلامة.

في حالة الشك، لا تردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي. تناول أو استعمال أدوية أخرى: أبلغ أنك تتناول هذا الدواء. إذا وصف لك الطبيب د نسبة الحصى البولية في الدم أو نسبة السكر في الدم.

لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول. قد تتعرض لخطر جرعة مفرطة إذا كنت تتبع علاجاً مساعداً لتخفيف الألم عن طريق الفم (أدوية) أو عن طريق الحقن (أدوية). لا تتناول باراسيتامول بالجرعات القصوى (4 غرام يومياً) لأكثر من 4 أيام. يتطلب مراقبة مع التحليل البيولوجية بما فيها خاصة النسبة الفسياسية الدولية في هذه الحالة. استشر إذا كنت تتلقى فعالية باراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت الراجينجات المحلية. يخفض نسبة الكوليسترول في الدم (احترام فاصلاً زمنياً لأكثر من ساعتين بين كل جرعة). إذا حصلت في نفس الوقت على باراسيتامول وعلاج بفلوكونازول (مضاد حيوي) تخاطر بالمعاناة من حمض ألبني (حموضة عالية في الدم بسبب تسرع معدل التنف قد يتزايد تسمم باراسيتامول إذا كنت تتناول.

أدوية من المحتمل أن تكون سامة للكبد. أدوية تحفز إنتاج الألبان لباراسيتامول مثل الأدوية المضادة للصرع (فيديباريتال، فيسبين، كاربامازيبين، نوبامات)، ريفاميسين (مضاد حيوي)، في نفس الوقت مع الكحول. أخبر الطبيب إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخراً أو قد تتناول أي دواء آخر قد يزيد رولاكسول من الطابع السام لكوكروامينيكول.

الحمل والرضاعة والخصوبة لا تتناول هذا الدواء. إذا كنت حاملاً، قد تصبحين حاملاً أو تعتقدين أنك حامل. كنت مع النساء في سن الإنجاب ولا تستعملين وسيلة لمنع الحمل. هذا الدواء قد يعرض المولود للخطر. لا تتناولي هذا الدواء إذا كنت ترضعين، لأنه ي

IMPRIMEPEL

Composition : Paracetamol 500 mg  
Thiocolchicoside 2 mg  
Pour un comprimé  
500 ملغ  
2 ملغ  
المكونات: باراسيتامول  
ثيوكولشيكوزيد  
لكل قرص

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace : la femme enceinte.  
RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT

RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820  
P.P.V : 53DH10  
LOT : 8MA108  
PER.: 10 2021

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Relaxol 500mg/2mg

عن طريق الفم  
باراسيتامول/ثيوكولشيكوزيد  
500 ملغ/2 ملغ  
رولاكسول

07/18  
G2000420-01

Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaa 20250  
Casablanca - Maroc  
Fabricant : Maphar  
km 10, route côtière 111, Quartier Industriel  
Zemata - Ain Sebaa 20250 Casablanca - Maroc



IMPRIMEUR  
07/16

الجرعات - دواعي الإستعمال - احتياطات الإستعمال : أنظر النشرة داخل العلبة  
POSOLOGIE - INDICATIONS - PRECAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice

محضن للكبار والمراهقين ابتداء من 12 سنة - Réserve à l'adulte et à l'adolescent à partir de 12 ans  
لا يترك في متناول الأطفال NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

مخابر التحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا -21، زقة الأدوية - الدار البيضاء - المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD-21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

MYANTALGIC®  
20 Comprimés 37,5 mg / 325 mg  
Pelliculés



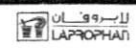
6 118000 033080

ميانتالجيك®

ترامادول باراسيتامول

37,5 ملغ 325 ملغ

20 قرصا ملففا



MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

EXP 12/2020  
LOT 8N019 2

PPV 30DH00

IMPRIMEUR  
07/16

الجرعات - دواعي الإستعمال - احتياطات الإستعمال : أنظر النشرة داخل العلبة  
POSOLOGIE - INDICATIONS - PRECAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice

محضن للكبار والمراهقين ابتداء من 12 سنة - Réserve à l'adulte et à l'adolescent à partir de 12 ans  
لا يترك في متناول الأطفال NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

مخابر التحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا -21، زقة الأدوية - الدار البيضاء - المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD-21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

MYANTALGIC®  
20 Comprimés 37,5 mg / 325 mg  
Pelliculés



6 118000 033080

ميانتالجيك®

ترامادول باراسيتامول

37,5 ملغ 325 ملغ

20 قرصا ملففا



MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

EXP 12/2020  
LOT 8N019 2

PPV 30DH00



## MYANTALGIC® (Tramadol-Paracétamol)

### FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés pelliculés, boîte de 20
- Comprimés effervescents, boîte de 20

### COMPOSITION

<b>Comprimé pelliculé</b>	
Tramadol chlorhydrate	37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p	1 comprimé pelliculé
<b>Comprimé effervescent</b>	
Tramadol chlorhydrate	37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p	1 comprimé effervescent

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antalgique de niveau II.

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Douleurs modérées à intenses lorsque les antalgiques plus faibles ne sont pas suffisants. Il est réservé à l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Hypersensibilité connue au tramadol, au paracétamol ou à l'un des excipients.
- Intoxication aiguë ou surdosage avec des produits déprimeurs du système nerveux central (alcool, hypnotiques, autres analgésiques centraux, opioïdes, psychotropes).
- Traitement simultané ou récent (arrêt de moins de 15 jours) par les IMAO.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/mn).
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Epilepsie non contrôlée par un traitement adapté.
- Grossesse et allaitement

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

### MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Ne pas dépasser la dose recommandée et ne pas utiliser d'autres médicaments contenant du paracétamol ou tramadol sans avis médical.
- Les patients ayant des antécédents d'épilepsie ou ceux qui sont susceptibles de présenter des convulsions ne devront être traités par l'association tramadol/paracétamol qu'en cas de nécessité absolue (risque de convulsion).
- Utiliser avec prudence chez les patients susceptibles de présenter une dépression respiratoire.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- IMAO
- Carbamazépine
- Agonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Autres dérivés morphiniques
- Benzodiazépines
- Barbituriques
- La prise d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement

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

En raison de la présence de tramadol, ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse

## MYANTALGIC® (Tramadol-Paracétamol)

### FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés pelliculés, boîte de 20
- Comprimés effervescents, boîte de 20

### COMPOSITION

<b>Comprimé pelliculé</b>	
Tramadol chlorhydrate	37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p	1 comprimé pelliculé
<b>Comprimé effervescent</b>	
Tramadol chlorhydrate	37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p	1 comprimé effervescent

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antalgique de niveau II.

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Douleurs modérées à intenses lorsque les antalgiques plus faibles ne sont pas suffisants. Il est réservé à l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Hypersensibilité connue au tramadol, au paracétamol ou à l'un des excipients.
- Intoxication aiguë ou surdosage avec des produits déprimeurs du système nerveux central (alcool, hypnotiques, autres analgésiques centraux, opioïdes, psychotropes).
- Traitement simultané ou récent (arrêt de moins de 15 jours) par les IMAO.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/mn).
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Epilepsie non contrôlée par un traitement adapté.
- Grossesse et allaitement

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

### MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Ne pas dépasser la dose recommandée et ne pas utiliser d'autres médicaments contenant du paracétamol ou tramadol sans avis médical.
- Les patients ayant des antécédents d'épilepsie ou ceux qui sont susceptibles de présenter des convulsions ne devront être traités par l'association tramadol/paracétamol qu'en cas de nécessité absolue (risque de convulsion).
- Utiliser avec prudence chez les patients susceptibles de présenter une dépression respiratoire.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- IMAO
- Carbamazépine
- Agonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Autres dérivés morphiniques
- Benzodiazépines
- Barbituriques
- La prise d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement

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

En raison de la présence de tramadol, ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse

1 seringue  
pré-remplie de 1 ml

**Diprostène®**

suspension injectable en seringue pré-remplie

61577

Diprostène® suspension injectable  
en seringue pré-remplie

RESPECTER LES DOSIS PRESCRITES  
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

DIPROSTENE® + GROSSESSE  
= DANGER



Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V. : 06,60 DH  
AMM 2350M/P21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouakoura



**Diprostène®**

suspension injectable en seringue pré-remplie  
Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE  
DES ENFANTS

Lot

U11601  
11/2020

EXP



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

U358176-11

**Diprostène®**

Suspension injectable en seringue pré-remplie  
Bétaméthasone

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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, interrogez votre médecin ou 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 vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
3. COMMENT UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : corticoïdes à usage systémique non associés, code ATC : H02AC06  
Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué en cas de rhinite allergique.

Il peut être utilisé en injection locale en dermatologie, en rhumatologie et en ORL.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?

#### USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

N'utilisez jamais DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie dans les cas suivants :

- chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la présence d'alcool benzylique dans le médicament.
- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
- troubles de la coagulation, traitement anticoagulant en cours.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (voir « Autres médicaments et DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie »).

#### USAGE LOCAL

N'utilisez jamais DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie dans les cas suivants :

- infections,
- allergie à l'un des constituants,
- troubles de la coagulation, traitement anticoagulant en cours,
- chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la présence d'alcool benzylique dans le médicament.

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

#### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie.

Contactez votre médecin en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels.

#### Mises en garde

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

#### USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

#### AVANT LE TRAITEMENT

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire). Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

#### PENDANT ET APRÈS LE TRAITEMENT

Éviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

Prévenir votre médecin si des douleurs ou de la fièvre apparaissent après l'injection.