

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062299

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M 366 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : CHAKIL NAWA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Rachid Ktoul 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-062299

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

obaux comportant un ou plusieurs échelonnées

ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 686359

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHAKIR NASSIMA

Matricule : 11366 Fonction : ACE Poste :

Adresse : Habituelle

Tél. : Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Mlle ROCHDI KHOUNOUY Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐

Date de la première visite du médecin : 18 MARS 2020

Nature de la maladie : Blessure

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

A CASA le 18 MARS 2020

Durée d'utilisation 3 mois



### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

686359

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



## 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                                                                                                                                                                                           |
|-----------------|------------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 Mars 2020    | CS                           |                       | 300, no 18H                     | <br><b>Dr. IQBAL IDOUDI</b><br>Centre de Pneumologie et d'Allergologie Respiratoire<br>34, Bd Hassan Seghir Angle Bd Med V<br>Tél: 0223 340 13 / 04 99 77 - Casablanca |
|                 | 2 12 Radiographie Thoracique |                       | 200, no 18H                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                 | face                         |                       |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                          |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                                                                                      | Date    | Montant de la Facture |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE DE L'HÔPITAL IBNOU ROCHD sarl</b><br>11, RUE GRASSET, QUARTIER DES HÔPITAUX - CASABLANCA<br>JS 22 49 20 20 | 18/3/20 | 509,-                 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                 | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |

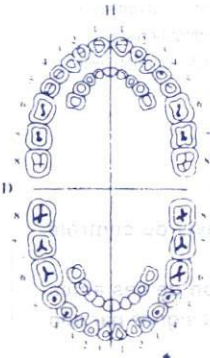
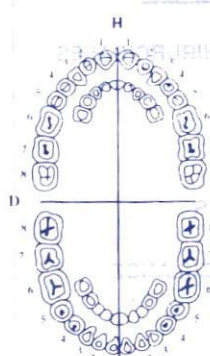
VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES.

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------|--------------------------------------------------|
|   |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX                          |
|                                                                                      |                |                  |             | MONTANT DES SOINS                                |
|                                                                                      |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION                                |
|                                                                                      |                |                  |             | FIN D'EXECUTION                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
| <b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>                                                    |                |                  |             | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> |
|  |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX                          |
|                                                                                      |                |                  |             | MONTANT DES SOINS                                |
|                                                                                      |                |                  |             | DATE DU DEVIS                                    |
|                                                                                      |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION                              |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |
|                                                                                      |                |                  |             |                                                  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. IQBAL IDRISSE GAITOUNI

Diplomé de Nancy

Cabinet de Pneumologie  
et d'Allergologie Respiratoire  
Allergie Alimentaire (Berlin)  
Endoscopie - Gazométrie  
DLCO - Pléthysmographie  
Tabagisme - Ronflements

الدكتور الإبراهيمي القيطوني إقبال

خريج نانسي

اختصاصي في أمراض الصدر  
و حساسية الجهاز التنفسي  
حساسية الأكل (برلين)  
الكشف بالمنظار  
السل - الضيقة  
الإمتناع عن التدخين - الشخير



Dr. Idrissi Gaitouni

Dr. Idrissi Gaitouni

13.5 Skwby 1 dose (S.V)

4220 Calipra (S.V) 8 Mars 2020

8690 1 Esac 2 (S.V) 1 gel N ap Edian x 140

10240 Bronchodilator (S.V)

PPV : 102 DH 90

247 Sy mbicort (S.V) 28PV x 4

SYNTHEMEDIC  
22 rue souhair brou al aouam roches  
noires casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER  
2006 µg Pde p.mh  
Flacon de 120 doses  
10414 DMP/21/ARQ P.P.V. : 297,00 DH  
6 118001 020706

Se Rincer La Bouche Après

PHARMACIE  
IBNOU ROCHD SARH  
11 RUE GRASSET BOULVARD  
DES HOPITAUX CASABLANCA  
30720000

163,40 110mzoclar (S.V) 14/16 cap 6 rep de  
vidi x 10 J

24,10 Vea foline Solu (S.V) 20pt x 2h10 x 10 J

5840 1 To plex (S.V) 19 x 3h10

Dr. Idrissi Gaitouni  
Cabinet de Pneumologie  
et d'Allergologie Respiratoire  
34 Bd. Hassan Seghir  
Angle Bd. Mohamed V  
Casablanca  
Tél: 022 31 40 15 / 022 44 99 77

05 22 31 40 15 / 05 22 44 99 77 : الهاتف - 20 000 - الدار البيضاء - الخامس - 34 شارع حسن الصغير، زاوية شاور سغير  
34 Bd. Hassan Seghir - Angle Bd. Mohamed V - Casablanca 20 000 - 05 22 31 40 15 / 05 22 44 99 77

1 9 3 3  
42,20

# CALCIFIX®

CALCIUM + VITAMINE D<sub>3</sub>



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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

## DÉNOMINATION

CALCIFIX® D3 500 mg/400 UI

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Carbonate de calcium correspondant à calcium élément..... 500 mg

Cholécalciférol enrobé à 100 000 UI/g\* correspondant à cholécalciférol (vitamine D<sub>3</sub>) ..... 400 UI

Excipients ..... q.s.p. un comprimé

\* mélange de cholécalciférol, d'alphatocophérol, de graisses alimentaires, de gélatine, de saccharose et d'amidon de maïs.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Boîte de 30 comprimés à croquer ou à sucer.

## CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

APPORT VITAMINO D-CALCIQUE.

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué :

- chez le sujet âgé, en cas de carences en calcium et en vitamine D,
- en association aux traitements de l'ostéoporose, lorsque l'apport de calcium et de vitamine D est insuffisant.

## ATTENTION !

### a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- antécédents d'allergie à la vitamine D ou à l'un des constituants,
- immobilisation prolongée,
- quantité de calcium dans le sang anormalement élevée (hypercalcémie),
- élimination exagérée de calcium par l'urine (hypercalciurie),
- calculs rénaux (lithiase calcique),
- phénylcétonurie (maladie héréditaire due à un déficit enzymatique), en raison de la présence d'aspartam.

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

# MONOZECLAR® 500 mg

## Comprimés pelliculés à libération modifiée (Clarithromycine)

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
ZI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Monozeclar 500 mg cp pel  
lm b10 mv  
P.P.V : 163,40 DH



**Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.**

- 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 leurs symptômes sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez tout effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

### Dans cette notice :

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

### 1. QU'EST-CE QUE MONOZECLAR ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ

MONOZECLAR est un antibiotique appartenant à un groupe appelé macrolides. Les antibiotiques arrêtent le développement de certains germes (microbes) qui provoquent des infections. Son utilisation est décrite ci-dessous. Les comprimés de MONOZECLAR sont des comprimés pelliculés à libération modifiée, ce qui signifie que la concentration d'antibiotique libérée est

ndre les comprimés pendant toute  
e médecin, faute de quoi l'infection  
complètement traitée et le problème

fants

s comprimés ne conviennent pas  
de 12 ans, car ils sont difficiles à  
préférer d'utiliser des médicaments

liquides chez les enfants. Votre médecin prescrira un autre  
médicament adapté à votre enfant.

### Si vous oubliez de prendre MONOZECLAR

Si vous oubliez de prendre un comprimé de MONOZECLAR, prenez-le dès que vous y pensez. Ne prenez pas plus de comprimés sur une journée que votre médecin ne vous l'a prescrit.

### Si vous avez pris plus de MONOZECLAR que vous n'auriez dû

Si vous prenez accidentellement plus de deux comprimés de MONOZECLAR sur une journée, ou si un enfant avale des comprimés par accident, consultez un médecin d'urgence, même en l'absence de symptômes ou de problèmes. Il est probable qu'un surdosage de MONOZECLAR provoque des vomissements et des douleurs d'estomac, et il existe un risque de réactions allergiques. Si vous avez pris trop de MONOZECLAR, prenez immédiatement contact avec votre médecin, votre pharmacien ou le Centre Anti-poison (070/245.245).

### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, MONOZECLAR peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. Les effets indésirables signalés lors de l'utilisation de MONOZECLAR sont énumérés ci-dessous.

Effets indésirables fréquents de MONOZECLAR (survenant

# ESAC® 40 mg

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à personne d'autre. Vous risqueriez de lui causer du tort, même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

## Composition

Esoméprazole ..... 40,00 mg

Sous forme d'ésoméprazole magnésium trihydraté.

Excipients dont et saccharose : q.s.p 1 gélule gastro-résistante

## Qu'est-ce qu'ESAC 40 mg et dans quel cas est-il utilisé ?

Ce médicament se présente sous forme de gélules contenant des microgranules gastro-résistants.

ESAC est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

ESAC est utilisé dans :

- Reflux gastro-oesophagien : traitement de l'oesophagite érosive par reflux.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

## Quelles sont les informations nécessaires avant de prendre ESAC 40 mg ?

Il est particulièrement important d'informer votre médecin si vous prenez d'autres médicaments, même ceux sans prescription médicale.

## Ne pas utiliser ESAC 40 mg dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique à l'un des constituants d'ESAC,
- si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons,
- si vous prenez un médicament contenant de l'atazanavir (utilisé dans le traitement du VIH).

## Prendre des précautions particulières avec ESAC 40 mg dans les cas suivants :

- si vous prenez d'autres médicaments comme l'itraconazole ou le kétoconazole (pour les infections fongiques), le diazépam (contre l'anxiété), la phénytoïne (pour l'épilepsie), la warfarine (pour des troubles de la coagulation sanguine), ou le cisapride (pour des troubles liés à un retard de l'évacuation gastrique).
- si vous avez des problèmes hépatiques graves. Vous devez en discuter avec votre médecin, il peut réduire la posologie.
- si vous avez des problèmes rénaux graves. Vous devez en discuter avec votre médecin.
- si une association de médicaments vous est prescrite pour l'éradication de *Helicobacter pylori* avec ESAC ou si vous prenez ESAC dans le cadre d'un traitement à la demande, vous devez informer votre médecin des autres médicaments que vous prenez.

En cas de traitement à la demande, vous devez informer votre médecin de toutes modifications des symptômes.

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose ou du

gastro-duodénal.

Adultes :

- **Traitement de l'ulcère** appelé *Helicobacter pylori* :

La dose initiale est de 20 mg associé à deux antibiotiques (amoxicilline 1 G et clarithromycine 500 Mg) deux fois par jour pendant 7 jours.

- **Traitement des ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens :**

La dose habituelle est de 20 mg une fois par jour. La durée de traitement est de 4 à 8 semaines.

- **Prévention des ulcères de l'estomac et du duodénum associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens :**

20 mg une fois par jour.

ESAC ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 12 ans en l'absence de données disponibles.

Suivez strictement les instructions de votre médecin et si vous avez un doute, n'hésitez pas à lui demander conseil.

**Si vous avez pris plus d'ESAC 40 mg que vous n'auriez dû :**

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

**Si vous avez oublié de prendre ESAC 40 mg :**

Prenez-le dès que possible.

Cependant, si vous êtes prêt à prendre la dose suivante, ne prenez pas la dose que vous avez oubliée mais poursuivez votre traitement normalement.

## Quels sont les effets indésirables éventuels ?

Comme tous les médicaments, ESAC 40 mg est susceptible d'entraîner occasionnellement des effets indésirables chez certaines personnes.

Ces effets indésirables sont généralement d'intensité légère et disparaissent à l'arrêt du traitement.

## Effets indésirables fréquents

(chez 1 à 10 % des patients traités) :

Maux de tête, diarrhée, constipation, nausées, vomissements, douleurs abdominales, flatulence.

## Effets indésirables peu fréquents

(chez moins de 1 % des patients traités) :

Sensation vertigineuse, œdème périphérique, paresthésie (sensation anormale dans une région cutanée ou profonde), somnolence, insomnie, augmentation des enzymes du foie, réactions cutanées (dermatite, rash, prurit, urticaire), malaise.

## Effets indésirables rares

(chez moins de 0,1 % des patients traités) :

Confusion mentale réversible, agitation, agressivité, dépression et hallucinations, particulièrement chez des patients présentant des pathologies sévères, gynécomastie (gonflement des seins chez l'homme), sécheresse de la bouche, stomatite (inflammation de la bouche), candidose gastro-intestinale (infection due à un

LOT : 20002

PER : 01/22

PPV : 122DH80

par une bactérie



# Ventoline® 0,5 pour cen

## SALBUTAMOL

Solution pour inhalation par nébuliseur

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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 votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

### **Que contient cette notice ? :**

1. Qu'est-ce que Ventoline et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Ventoline?
3. Comment utiliser Ventoline?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Ventoline?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

### **1. QU'EST-CE QUE VENTOLINE ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Ventoline contient du salbutamol, un bronchodilatateur du groupe des bêta-mimétiques.

Le salbutamol est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 4 à 11 ans (*pour les bébés et les enfants de moins de 4 ans, voir rubrique 3*).

Ce médicament est utilisé pour :

- soulager les symptômes des bronchospasmes (*contractions des bronches*) dus à l'asthme, la bronchite chronique obstructive (*maladie chronique invalidante qui se caractérise par une diminution progressive du souffle liée à une inflammation des bronches*), l'emphysème (*maladie chronique qui détruit progressivement les poumons*) et les maladies pulmonaires dans lesquelles le bronchospasme est un facteur de complication,
- traiter à la demande les symptômes des exacerbations aiguës (*se caractérisant notamment par une respiration plus difficile et un encombrement des bronches*) en cas d'asthme léger et d'asthme modéré à grave, lorsque le traitement de fond est assuré par des corticoïdes,
- éviter et traiter les crises dues notamment à l'asthme d'effort et à l'asthme allergique en cas d'exposition inévitable à un allergène.

### **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER VENTOLINE?**

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 29,50 DH



ID : 644019

sk

# EFFIPRED®

(Prednisolo

PPV 58DH40  
EXP 11/2022  
LOT 98025 5.

## PRESENTATIONS

- Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg
- Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

## COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg  
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....5 mg  
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent
- Comprimés effervescents à 20 mg  
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....20 mg  
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

## PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

## INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

## CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

### En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.



PMF  
PXO  
CPT  
10190003  
36,000003  
46

**Sterogyl 15 "H"**  
solution injectable IM en ampoule  
Ergocalciférol

**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule ?
3. COMMENT UTILISER STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

**1. QU'EST-CE QUE STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

VITAMINE D (A : Appareil digestif et métabolisme)

Ce médicament contient de la vitamine D qui permet la fixation osseuse du calcium.

Il est indiqué dans le traitement et la prévention des carences en vitamine D chez l'adulte.

- 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule?**

Ne prenez jamais STEROGYL 15 "H"  
injectable IM en ampoule, dans les

- Allergie (hypersensibilité) à l'arachide ou à la présence d'huile d'arachide;
- Antécédent d'allergie à l'un des autres produits;
- Hypercalcémie (taux anormalement élevés de calcium dans le sang);
- Hypercalciurie (taux anormalement élevés de calcium dans les urines);
- Lithiase calcique (calcul rénal).

Faites attention avec STEROGYL  
solution injectable IM en ampoule :

Afin d'éviter un surdosage en vitamine  
prévenir votre médecin en cas d'as  
contenant déjà cette vitamine.

En cas d'administration de fortes doses  
en cas d'association avec des forte  
nécessaire de surveiller le taux de calci

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Veillez indiquer à votre médecin ou  
prenez ou avez pris récemment un autre  
d'un médicament obtenu sans ordonnance

**Grossesse et allaitement :**

Du fait de la forte teneur en vitamine  
prendre ce médicament pendant la grossesse.  
Demandez conseil à votre médecin ou  
prendre tout médicament.

Liste des excipients à effet notoire :

### 3. COMMENT UTILISER STEROGYL solution injectable IM en ampoule?

## Posologie

RESERVE A L'ADULTE.

Ce dosage n'est pas adapté à l'enfant.  
La posologie usuelle est de ½ à 1 ampoule  
an.

Mode et voie d'administration :

**Voie Intramusculaire.**

L'ampoule peut être également adminis

**Durée du traitement :**

Ne pas renouveler la prise.

Si vous avez pris plus de STEROGY  
solution injectable IM en ampoule qu

Centre de pneumologie  
Et d'Allergologie Respiratoire  
Endoscopie Bronchique – EFR  
Diplôme d'Insuffisance et  
Handicap Respiratoires  
Diplômé de la faculté de Médecine de Nancy

14, Bd. Hassan Seghir – angle Bd. Mohamed V  
Tél. : (022) 31.40.15 / 44.99.77 – Casablanca

18 MARS 2020

M<sup>lle</sup> Rochdi Khouloud

**Compte rendu de la Radiographie Thoracique face + profil (Z12 X)**

- Aspect de Bronchopathie diffuse.
- Silhouette cardio-vasculaire sans particularité.

Dr. IQBAL IDEEL QAITOUNI  
Centre de Pneumologie -  
et d'Allergologie Respiratoire  
34, Bd. Hassan Seghir - angle Bd. Med V  
Tél: 0522 31 40 15 / 44 99 77 - Casablanca

# Dr. IQBAL IDRISSE QAITOUNI

Centre de pneumologie  
et d'Allergologie Respiratoire  
Endoscopie Bronchique - EFR

Diplôme d'Insuffisance et  
Handicap Respiratoires  
Diplômé de la faculté de Médecine de Nancy

34, Bd. Hassan Seghir - angle Bd. Mohamed V  
Tél.: 05 22 31 40 15 / 05 22 44 99 77 - Casablanca

Casablanca 18 MARS 2020

Mlle Rochdi KHouloud

**(Z12) = Radiographie Thoracique Face + Profil**

- 200, 100 H

**2K15 = Testing Allergologique**

**K10 = Saturation Oxymétrie**

**K40 = Pléthysmographie**

**K10 = Nébulisation aux B2 - mimétiques avec Oxygénothérapie**

**K40 = Exploration fonctionnelle Respiratoire**

**K40 = Capacité de Diffusion du CO = DLCO**

**K30 = Gaz du Sang Arteriel**

Dr. IQBAL IDRISSE QAITOUNI  
Centre de pneumologie  
et d'Allergologie Respiratoire  
34, Bd Hassan Seghir Angle Bd Med V  
Tél: 0522 31 40 15 / 44 99 77 - Casablanca