

# 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.

## Prothèse 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

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.m.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0033351

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2913

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Zyamani Chadid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06 03 73 99 93

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2019

Nom et prénom du malade :

HARROU NAIMA

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) :





# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature<br>des soins | Coefficient                                    |  |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |
|---|--|---------------------|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|------------|----------|----------|----------|--|
|   |  |                     |  | <b>Coefficient des travaux</b><br><input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |
|   |  |                     |  | <b>Montant des soins</b><br><input type="text"/>       |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |
|   |  |                     |  | <b>Début d'exécution</b><br><input type="text"/>       |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |
|   |  |                     |  | <b>Fin d'exécution</b><br><input type="text"/>         |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |
| <b>O.D.F.</b><br><b>Prothèses dentaires</b><br>   | <b>Détermination du coefficient masticatoire</b>   |                     |  | <b>Coefficient des travaux</b><br><input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> |                     | H  |  | G |  | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | <b>Montant des soins</b><br><input type="text"/> |
|   | H  |                     | G  |  |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |
|   | 25533412   | 00000000            | 21433552                                       | 00000000   |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |
| D 00000000  | 35533411   | 00000000            | 11433553                                       |  |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |
| <b>(Création, Remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                     | <b>Date du devis</b><br><input type="text"/>   |  |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |
|   |  |                     | <b>Fin d'exécution</b><br><input type="text"/> |  |   |  |          |          |          |          |            |          |          |          |  |

|  |                |   |     |
|--|----------------|---|-----|
| <b>VOLET ADHERENT</b>  |                | NOM : _____   | Mle |
| DECLARATION N° <b>P 17 / 044413</b>  |                | <b>MUPRAS</b><br>Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc |     |
| Date de Dépôt  | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes  |     |
|  |                |   |     |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b><br>est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |   |     |



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

P 17 / 044413

DATE DE DEPOT

/2019

|   |  |                                 |    |
|---|--|---------------------------------|----|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>   |  | Mle                             |    |
| Nom & Prénom <u>Yamani Charid</u>   |  |                                 |    |
| Fonction _____  | Phones <u>06 03 83 9993</u>              |                                 |    |
| Mail _____  |  |                                 |    |
| <b>MEDECIN</b>  | Prénom du patient <u>HARROU NAHMA</u>    |                                 |    |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | Age _____                                | Date <u>25.08.19</u>            |    |
| Nature de la maladie _____  |  | Date 1ère visite _____          |    |
| <b>S'agit-il d'un accident ? Causes et circonstances</b><br>_____                                   |  |                                 |    |
| Nature des actes  | Nbre de Coefficient                      | Montant détaillé des honoraires |    |
|   | <u>2</u>                                 | <u>163,65</u>                   |    |
| <b>PHARMACIE</b>  | Date <u>25/08/2019</u>                   |                                 |    |
| Montant de la facture   | <u>308.20</u><br><b>INPE : 092052174</b> |                                 |    |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>   |  | Date _____                      |    |
| Désignation des Coefficients  | Montant détaillé des Honoraires          |                                 |    |
|   |  |                                 |    |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>   |  | Date _____                      |    |
| Nombre  |  | Montant détaillé des Honoraires |    |
| AM  | PC                                       | IM                              | IV |
|   |  |                                 |    |



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵖⴰⵎⴰⵏⵜ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE

مصلحة  
POLYCLINIQUE



الإدارة II

INARA II

le 25/08/19

H/ARREU Naimo

Arcoxia 90 mg

7 comprimés

P.P.V: 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 452/16 DMP/21/NT0



6 118001 160044

133,00

Arcoxia 90  
7/1  
8/1

30,00

MYANTALGIC  
7/1  
1-0-1

22,50

7/1  
Dmi 2-2  
8/1

122,50

7/1  
DAFlon  
4-2

Dr. MOSTAFI TACHFINE  
SERVICE DES URGENCES  
POLYCLINIQUE CNSS - INARA

308,20

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous: 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
RDV : 0522-50-45-13  
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



|   |  |                       |                  |  |        |                                  |  |                                  |  |                                  |        |
|---|--|-----------------------|------------------|--|--------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--------|
| N° IPP : 815811   |  | N° SEJOUR : 190037102 |                  | FACTURE N° 1905011439  |        | DATE D'ENTREE : 25/08/2019       |  | DATE DE SORTIE : 25/08/2019      |  |                                  |        |
| ASSURE :  |  |                       |                  | UF: 5002 URGENCES<br>N° IMMAT C.N.S.S :<br>N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :<br>N° SE. SOC. ETRANG. : |        | DESTINATAIRE :<br>HARROU,Naima   |  |                                  |  |                                  |        |
| MALADE : HARROU,Naima   |  |                       |                  |  |        |                                  |  |                                  |  |                                  |        |
| NOM JEUNE FILLE :   |  |                       |                  |  |        |                                  |  |                                  |  |                                  |        |
| TIERS PAYANT 1 :  |  |                       |                  |  |        |                                  |  |                                  |  |                                  |        |
| TIERS PAYANT 2 :  |  |                       |                  |  |        |                                  |  |                                  |  |                                  |        |
| REF. PC 1 : REF. PC 2 :   |  |                       |                  |  |        |                                  |  |                                  |  |                                  |        |
| NATURE DE PRESTATION  |  | LETTRE<br>CLE         | NOMBRE<br>x COEF | PRIX<br>UNITAIRE   | TOTAL  | TIERS PAYANT 1<br>% / Dh MONTANT |  | TIERS PAYANT 2<br>% / Dh MONTANT |  | PART DU MALADE<br>% / Dh MONTANT |        |
| CONSULTATION DE MEDECIN.<br>CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F            |  | CN                    | 1.00             | 120.00   | 120.00 |                                  |  |                                  |  | 0.00                             | 120.00 |
| ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX<br>ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER |  | AMI                   | 1.00             | 7.50   | 7.50   |                                  |  |                                  |  | 0.00                             | 7.50   |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES<br>SOLUMEDROL 40 MG INJECT                             |  | S019                  | 2.00             | 16.09  | 32.18  |                                  |  |                                  |  | 0.00                             | 32.18  |
| FOURNITURES MEDICALES   |  |                       |                  |  | 4.00   |                                  |  |                                  |  | 0.00                             | 4.00   |



|                  |        |      |      |        |
|------------------|--------|------|------|--------|
| Total à reporter | 163.68 | 0.00 | 0.00 | 163.68 |
|------------------|--------|------|------|--------|

|                               |  |                       |  |                       |  |                           |  |                            |  |
|-------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|---------------------------|--|----------------------------|--|
| N° IPP : 815811               |  | N° SEJOUR : 190037102 |  | FACTURE N° 1905011439 |  | DATE D'ENTRÉE: 25/08/2019 |  | DATE DE SORTIE: 25/08/2019 |  |
| UF de présence: 5002 URGENCES |  |                       |  |                       |  |                           |  |                            |  |

| NATURE DE PRESTATION   | LETTRE<br>CLE | NOMBRE | PRIX<br>UNITAIRE | TOTAL  | TIERS PAYANT 1 |         | TIERS PAYANT 2 |         | PART DU MALADE |         |
|------------------------|---------------|--------|------------------|--------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|
|                        |               |        |                  |        | TAUX           | MONTANT | TAUX           | MONTANT | TAUX           | MONTANT |
| Report page précédente |               |        |                  | 163.68 |                | 0.00    |                | 0.00    |                | 163.68  |


  

|   |  |  |          |  |        |  |  |  |  |        |
|---|--|--|----------|--|--------|--|--|--|--|--------|
| Intervenant : 46167 DR TACHFINE MOSTAFA |  |  | TOTAUX : |  | 163.68 |  |  |  |  | 163.68 |
|---|--|--|----------|--|--------|--|--|--|--|--------|

|  |              |        |         |  |  |  |          |  |
|--|--------------|--------|---------|--|--|--|----------|--|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>CENT SOIXANTE TROIS DHS ET SOIXANTE HUIT CENTIMES | PLAFOND PC : |        |         |  |  |  | ACOMPTE: |  |
|  | REMISE :     | 0.00   | REGLE : |  |  |  | AVOIR :  |  |
|  | RESTE DU:    | 163.68 |         |  |  |  |          |  |

|                           |  |   |  |            |  |   |  |  |  |
|---------------------------|--|---|--|------------|--|---|--|--|--|
| DATE FACTURE : 25/08/2019 |  | EDITEE LE : 25/08/2019  |  | PAR: ZARIA |  | <u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>  |  |  |  |
| VISA                      |  |  |  |            |  | N° DE POLICE :  |  |  |  |
|                           |  |   |  |            |  | DATE AT :   |  |  |  |
|                           |  |   |  |            |  | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA<br>BANQUE : BMCE - INARA<br>N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91 |  |  |  |

# daflon<sup>®</sup> 500 mg

comprimé pelliculé  
Fraction flavonoïque purifiée

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations pour vous.

- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez des informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, demandez-les 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.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Fraction flavonoïque purifiée, micronisée : 500 mg pour un comprimé pelliculé correspondant à :

- Diosmine : 450 mg.
- Flavonoïdes exprimés en hespéridine : 50 mg.
- Excipients : Carboxyméthylamidon sodique, cellulose microstalline, gélatine, stéarate de magnésium, talc, glycérol, hypromellose, macrogol 3000, laurylsulfate de sodium, oxyde de fer jaune (E172), oxyde de fer rouge (E172), dioxyde de titane (E171), q.s. pour un comprimé pelliculé de 660 mg.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

Comprimés pelliculés sous plaquettes thermoformées (PVC/Aluminium). Boîte de 30.

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Médicament agissant sur les capillaires.

C système cardiovasculaire

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est un veinotonique (il augmente le tonus des veines) et un vasculoprotecteur (il augmente la résistance des petits vaisseaux sanguins).

Il est préconisé dans le traitement des troubles de la circulation veineuse (jambes lourdes, douleurs, impatiences du primo-début) et dans le traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

**Ne prenez jamais DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé :**

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la fraction flavonoïque purifiée micronisée ou à l'un des autres composants.

## MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

Faites attention avec DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé :

### Crise hémorroïdaire

Si les troubles hémorroïdaires ne cèdent pas en 15 jours, il est indispensable de consulter votre médecin.

### Troubles de la circulation veineuse

Ce traitement a toute son efficacité lorsqu'il est associé à une bonne hygiène de vie.

- Éviter l'exposition au soleil, la chaleur, la station debout prolongée, l'excès de poids.
- La marche à pied et éventuellement le port de bas adaptés favorisant la circulation sanguine.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT

### Grossesse :

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant votre traitement, ou si vous êtes enceinte et envisagez de prendre ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

### Allaitement :

En l'absence de données sur le passage du médicament dans le lait maternel, l'allaitement est déconseillé pendant la durée de traitement. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

## POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT

### Posologie :

Insuffisance veineuse : 2 comprimés par jour : soit 1 comprimé le midi et 1 comprimé le soir, au moment du repas.

En cas de crise hémorroïdaire, la posologie est de 6 comprimés par jour pendant les 3 jours suivants.

500 mg, comprimé pelliculé

En cas d'aggravation des effets indésirables, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Comme tous les médicaments, DAFLON 500 mg, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde ne les ait pas. Les effets indésirables les plus fréquents sont les suivants :

- très fréquent (affecte plus de 1 utilisateur sur 10)
  - fréquent (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 100)
  - peu fréquent (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 1 000)
  - rare (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 10 000)
  - très rare (affecte moins de 1 utilisateur sur 10 000)
- fréquence inconnue (les données disponibles ne permettent pas d'estimer la fréquence)

Ils peuvent inclure :

- Fréquent : diarrhée, dyspepsie, nausée, vomissement.
- Peu fréquent : colite.
- Rare : sensations vertigineuses, céphalées, malaise, rash, prurit, urticaire.
- Fréquence inconnue : douleur abdominale, œdème isolé du visage, des paupières, des lèvres. Exceptionnellement, œdème de Quincke.

## Déclaration des effets secondaires

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. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

## CONDITIONS DE CONSERVATION

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

Pas de conditions particulières de conservation.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

## CONSEILS EDUCATION SANITAIRE :

### Troubles de la circulation

- Évitez de rester assis ou debout trop longtemps, surélevez légèrement les pieds de votre lit.

- Évitez l'exposition au soleil et à la chaleur.

- Veillez à avoir une alimentation saine et équilibrée et à pratiquer une activité physique régulière (marche à pied, vélo ...), évitez l'excès de poids.

- Évitez les vêtements trop serrés, le port de chaussettes ou de bas de contention ainsi que doucher ses jambes avec de l'eau froide favorisent la circulation sanguine.

### Hémorroïdes

- Buvez 1,5 à 2 L d'eau par jour, consommez des aliments à forte teneur en fibres afin d'éviter la constipation (fruits, légumes verts, céréales complètes), évitez les graisses, le café, l'alcool et les aliments épicés.

- Faites de l'exercice régulièrement pour stimuler le flux sanguin, évitez de porter des objets trop lourds.

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est :

juillet 2016



SERVIER MAROC  
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4  
Bd Abdelhadi BOULALF  
20180 Casablanca

23640000-05



# Omis<sup>®</sup>

Oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélule

NS :

- Boîte de 7 gélules
- Boîte de 14 gélules
- Boîte de 28 gélules
- Boîte de 7 gélules
- Boîte de 14 gélules
- Boîte de 28 gélules

.....20 mg  
.....1 gélule

Boire : saccharose

.....10 mg  
.....1 gélule

Boire : saccharose

#### COTHERAPEUTIQUE :

inhibiteur de protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale,
- Ulcère duodénal évolutif,
- Ulcère gastrique évolutif,
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien,
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien,
- Syndrome de Zollinger-Ellison,
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.
- Chez l'enfant à partir d'un an : Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

#### CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
  - En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

##### Mises en garde :

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 et du galactose ou de déficit en sucrose-isomaltase (maladies métaboliques rares).

##### Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**MYANTALGIC®** 20 comprimés pelliculés

EXP 04/2021  
LOT 91050 4

PPV 30DH00

MACEU  
licules, l  
trascen

**MYANTALGIC®**

20 Comprimés 37,5 mg / 325 mg  
Pelliculés



**NTALGIC®**  
ol-Paracétamol)

TATIONS

culé  
hydrate

37,50 mg

325,00 mg  
1 comprimé pelliculé

vescent

37,50 mg  
325,00 mg

hydrate

1 comprimé effervescent

## MACOTHERAPEUTIQUE

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/min).
  - 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 doivent 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 SYSTEMATIQUUEMENT 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.