

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

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

## Optique :

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

## Rééducation :

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

## Dentaire :

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

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

## Adresses Mails utiles

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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-468092

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M687

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ELKHATTABI Abd

Date de naissance :

Adresse : Agence Royal Air Maroc

Tél. : 0661315343

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfan

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'adjudication conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

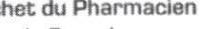
N° W19-468092

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

Matricule : M687  
 Nom de l'adhérent(e) : ELKHATTABI  
 Total des frais engagés :

#### **BELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SALMA Leptoni Benzaakka Mhamid N° 1125 +212 62 22 25 27	08/10/19	859.90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/10/10	B370	398,50

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **VOLET ADHERENT**

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]
	$\begin{array}{c cc} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ B & 35533411 & 11433553 \end{array}$	<b>G</b>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



EL KHATTABI ABD

08/11/119

134.60  
X2  
1) DR Kenzo 200 15  
1CPA 21

Pdr. fij

69.80 - - -

2) Flagef 500mg 15  
1CPA 21 - - -

10.00 - - -

3) Androl 15  
1CPA 31 - - -

65.60 - - -

4) Duphalac 500mg 15  
1CPA 31 - - -

79.50 - - -

5) Zetafax 15  
367.00 - - -

6) Novex 0.4 15  
1CPA - PDR 61jouz 15  
99.00 - - -

7) Odes 20 15  
199.74 - - -

صيادلة سالم  
Dr. El Mansouri - Pharm. N° 1436  
Tél: 0524 44 75 75 - Fax: 0524 44 86 70  
**PHARMACIE SALMA**

POYCLINIQUE  
LES NARCISSES  
RECEPTION DE (C)  
112 Quartier O.L.M El Ghoul Route de Targa Marrakech  
Tél: 0524 44 75 75 / Fax: 0524 44 86 70

Polyclinique les Narcisses 112, Quartier O.L.M El Ghoul Route de Targa - Marrakech

Tél: +212 0524 434 101  
Tél: +212 (0) 524 434 101  
Fax : +212 (0) 524 434 102  
docteur.elmansouri@gmail.com

®

vex

ser ce médicament.

dez plus d'informations à votre médecine à quelqu'un d'autre, même en  
jamais à un effet indésirable non mentionné

Ili-Xal/0,4 ml, 6000 UI anti-Xal/0,6 ml,

D'UTILISER NOVEX® 2000 UI anti-Xal/0

0 UI anti-Xal/0,4 ml, 6000 UI anti-Xal/0

1000 UI anti-Xal/0,4 ml, 6000 UI anti-Xal/0

anti-Xal/0,4 ml, 6000 UI anti-Xal/0,6 ml

anti-Xal/0,4 ml, 6000 UI anti-Xal/0,6 m

نوفيكس

إنوكسابارين صوديك

LOT 191321 1

EXP 05 2021

P.P.V : 347.00 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

Novex®

4000 UI anti-Xal/0,4 ml  
6 seringues pré-remplies Remplaçable AUC

6 118000 021902



1. QU'EST-CE QUE NOVEX® 2000 UI anti-Xal/0,6 ml  
DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISÉES ?

Classe pharmacothérapeutique  
ANTI-THROMBOTIQUES.  
Indications thérapeutiques

**OEDES®**

Microgranules gastro-résistants

LOT 171271  
EXP 07/2020  
PPV 99.00DU

~~OEDES 20mg  
28 gélules~~



#### **COMPOSITION**

Chaque gélule :

Excipients : qsp.

#### **FORME PHARMACEUTIQUE**

Microgranules gastro-résistants en gélules.

#### **CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THÉRAPEUTIQUE**

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants à la poméprazole. C'est un médicament de la classe des proton-pump inhibitors qui diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

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

##### *Indications :*

##### Adulte

- En association à une bithérapie antibiotique dans le traitement de la maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- œsophagite érosive ou ulcérateuse symptomatique.
- Traitement symptomatique du reflux gastroœsophagite, en cas de résistance à la posologie standard.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux et gastriques causés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication de ce germe est réalisée.
- Traitement d'entretien des œsophagites postopératoires.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.

Traitement des lésions gastroduodénales et œsophagiennes chez les patients stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires n'est pas tolérée.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales et œsophagiennes chez les patients non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment porteurs d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement par Oedes est nécessaire.

##### Enfant à partir de 1 an :

- œsophagite érosive ou ulcérateuse symptomatique.

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

##### *Contre-indications :*

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants si vous êtes allergique à l'un des ingrédients.

- En cas d'allergie connue à l'un des composants.
- En association avec l'atazanavir associé à d'autres médicaments contenant des inhibiteurs de la poméprazole.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN**

Lot : 051  
À utiliser de  
préférence avant le : 06/2024

PPC : 79,50 DH

16/2016/ DMP/20/DM

La déremption se réfère  
à l'intégrité,  
correctement.



lement garantissent le  
passage dans la matrice fécale, ce qui permet  
pas de substances actives au  
l exclusivement mécanique.  
l'émolliente atténue l'effet irritant  
rend son introduction plus aisée.

Conserver hors de portée des enfants.

INGÉDIENTS :

Glycérol, amidon, camomille extrait fluide, mauve extrait fluide, eau.

DATE D'ÉMISSION :

08/05/2011

Dispositif médical classe 1.

Autorisation ministère de la santé n°: 860/16116/2016/DMP/20/DM



Fabricant

Zeta Farmaceutici S.p.A.

Via Galvani, 10

Sandriago (VI)

ITALY

Importé au Maroc par :

Laboratoires ITCOS

N°109 Q.I sidi ghanem

40000 MARRAKECH

Distribué au Maroc par :

MEDIPRO PHARMA

Borj El Yacout, Bd Rahal El Meskini,  
20120. Casablanca.

Il au médecin ou au pharmacien.

**MEDIPRO**  
PHARMA

CE

A900021



ANDOL 500 mg  
20 Comprimés

6 118000081579



PPV (DH) :

10,00

LOT N° :

UT.AV. :

de... contacter votre médecin ou à votre pharmacien.

#### CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez pas ANDOL 500 mg, comprimé dans les cas suivants:

- allergie à l'acétaminophénol ou aux autres constituants,
- maladie de l'estomac.

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

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

Faites attention avec ANDOL 500 mg, comprimé:

##### Mises en garde spéciales

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

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments ne doivent pas être associés, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (voir rubrique « Posologie »).**

La prise de comprimé est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut se blesser au niveau des voies respiratoires et s'étouffer.

##### Précautions d'emploi

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou si elle devient insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans avis de votre médecin.
- Avant de débuter un traitement par ce médicament, vérifier que vous n'avez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol.
- Prévenez votre médecin en cas de maladie du foie ou des reins, ou si vous prenez d'autres médicaments contenant du paracétamol.
- Prévenez votre médecin si vous prenez d'autres médicaments contenant de l'aspirine.
- En cas de problèmes de nutrition (malnutrition) ou de déshydratation, ce comprimé doit être utilisé avec précaution.
- Ce médicament contient du sulfite et peut provoquer des réactions allergiques, y compris une gêne respiratoire.

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

#### INTERACTION MEDICAMENTEUSES ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS

Signalez que vous ou votre enfant prenez ce médicament si votre médecin doit faire un test pour déterminer le dosage du taux d'acide urique dans le sang.

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

#### GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être sûr pendant la grossesse ainsi qu'au cours de l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

#### COMMENT PRENDRE ANDOL 500 mg, COMPRIME ?

##### Posologie

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg.

# FLAGYL® 500 mg

Métronidazole

Comprimé pelliculé.

## 1. IDENTIFIANT

a) Dénomination : FLAGYL 500 mg

b) Composants : Métronidazole, Excipients : magnésium stearate de pelliculé.

LOT : 9MA167  
PER.: 04 2024

FLAGYL 500 mg

CP PEL B20

P.P.V : 49DH80



. 500mg.  
stare de  
omprimé

## c) Forme pharmaceutique et présentation :

Comprimé pelliculé, boîte de 20.

## d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTIBIOTIQUES ANTIBACTÉRIENS ANTI-PARASITAIRES de la famille des nitro-5-imidazolés.

## 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

## 3. ATTENTION !

### a) Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament :

- Ce médicament ne doit jamais être utilisé dans les cas suivants :
  - allergie aux médicaments de la famille des imidazolés (famille d'antibiotiques à laquelle appartient le métronidazole),
  - intolérance ou allergie au gluten, en raison de la présence d'amidon de blé (gluten).
- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé en association avec le disulfirame ou l'alcool (boissons alcoolisées, médicaments contenant de l'alcool).

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

### b) Mises en garde spéciales :

- La prise de boissons alcoolisées durant ce traitement est déconseillée en raison du risque de réactions à type de rougeur du visage, chaleur, vomissements, accélération du rythme cardiaque.
- Il convient d'interrompre le traitement et de consulter un médecin en cas d'apparition d'une mauvaise coordination des mouvements volontaires, apparition de vertiges ou de confusion.
- Attention à la prise de ce médicament si vous souffrez de troubles nerveux sévères, chroniques ou qui évoluent.
- La prise de ce comprimé est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

### c) Précautions d'emploi :

- En cas d'antécédents de troubles sanguins, de traitement à forte dose et/ou de traitement prolongé, votre médecin peut être amené à contrôler régulièrement par des examens sanguins votre numération formule sanguine.

# OROKEN® 200mg

Céfixime  
Comprimé pelliculé

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Com.  
cel. Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Excl. Ain sebâ Casablanca  
mag. Oraken 200 mg. cp. pel b 8  
titam. P.P.V : 143,60 DH



Form.  
Compl.

Classe  
CEPHAL.

EFFETS APPARENTES.  
(: anti-infectieux généraux à usage systémique).

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché  
sanofi-aventis France

1, boulevard Romain Rolland  
94 Paris - France

2. cant  
LYON  
nue Charles de Gaulle  
Saint Genis Laval - France

## QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Le médicament est un antibiotique de la famille des bêta-lactamines, du groupe des céphalosporines de 3ème génération, groupe proche de celui des pénicillines.

Le médicament est indiqué dans le traitement des :

– infections aigües,  
– infections bronchiques et pulmonaires,  
– certaines infections urogénitales.

## ATTENTION !

### Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT JAMAIS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Allergie connue au céfixime ou à un antibiotique du groupe des céphalosporines ou à l'un des excipients.
- Enfant de moins de 12 ans.

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

### Mises en garde spéciales

Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à un médecin. En effet, la survenue d'une réaction allergique impose l'arrêt du traitement.

Il existe une possibilité d'allergie (5 à 10 % des cas) chez les sujets allergiques aux pénicillines ou autres β-lactamines.

Signalez à votre médecin toute allergie ou manifestations allergiques survenues lors de traitement par les antibiotiques du groupe des pénicillines.

En cas de diarrhée survenant au cours du traitement par OROKEN, prenez rapidement avis auprès de votre médecin. Ne prenez pas de traitement antidéfécatoire sans prescription médicale.

### Précautions d'emploi

Il est important de prévenir votre médecin de toutes maladies rénales en raison de la nécessité d'adapter la dose quotidienne du traitement.

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

### Interactions médicamenteuses et autres interactions

Examens paracliniques. Les examens suivants peuvent être perturbés par la prise de ce médicament :

– recherche de cétones dans les urines,  
– recherche d'une glycosurie (glucose dans les urines),  
– tests de Coombs.

**D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE UN MEDICAMENT.**

### Gravidité – Allaitement

Le médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

### Allaitement

L'allaitement est possible en cas de traitement par ce médicament. Toutefois, si des troubles digestifs (diarrhée, candidose) ou des éruptions cutanées apparaissent chez votre enfant, stoppez l'allaitement maternel ou la prise de médicament et consultez rapidement votre médecin.

**D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSEZSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE UN MEDICAMENT.**

### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

#### Posologie

La présentation OROKEN 200 mg comprimé est réservée à l'enfant de plus de 12 ans et à l'adulte. A titre indicatif, la posologie usuelle d'OROKEN est d'un comprimé à 200 mg en deux prises, à 12 heures d'intervalle.

**DANS TOUTS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

#### Mode et voie d'administration

Voie orale.

#### Fréquence et moment auxquels le médicament doit être administré

Ce médicament doit être administré en 2 prises par jour, à 12 heures d'intervalle. Il peut être pris indifféremment avant, pendant ou après les repas.

**DANS TOUTS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

#### Durée du traitement

Respecter la durée du traitement prescrite par votre médecin.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition de la fièvre, ou de tout autre symptôme, ne signifie pas la guérison complète. L'éventuelle impression de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique, mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre le traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait la guérison.

**DANS TOUTS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

#### EFFECTS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAIER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

- troubles digestifs : diarrhées, nausées, vomissements, digestion difficile, douleurs abdominales,
- de très rares cas de colites pseudo-membraneuses (maladie de l'intestin avec diarrhée et douleurs au ventre),
- manifestations allergiques : éruption cutanée transitoire, fièvre, démangeaisons,

31031436

n'y a  
ou bi  
PER.  
LOT 594464  
11.2021  
Gros  
DU  
l'all  
Si  
enceinte ou p...  
**DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML**  
**P.V : 45DH40**



vous pouvez manger

sesse et

ous pensez être  
ix conseil à votre  
médecin ou pharmacien avant de prendre  
médicament.

**Conduite de véhicules et utilisation de machines**

DUPHALAC n'a pas d'influence ou une influence négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines.

**DUPHALAC 66,5 POUR CENT, solution buvable en flacon  
contient certains sucre.**

DUPHALAC peut contenir de petites quantités de sucre du lait (lactose), de galactose, d'épilactose ou de fructose (voir section Précautions d'emploi).

### 3. COMMENT PRENDRE DUPHALAC 66,5 POUR CENT, solution buvable en flacon ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

#### Posologie

Le médicament peut être administré en une prise par jour, par exemple au petit déjeuner ou en deux prises par jour. Après quelques jours, en fonction de votre réponse au traitement, la dose d'attaque peut être ajustée pour atteindre la dose d'entretien. Plusieurs jours (2 à 3) peuvent être nécessaires avant que le traitement n'agisse.

La posologie moyenne :

#### Enfants et nourrissons

Nourrissons de 0 à 12 mois : jusqu'à 5 ml par jour

Enfants de 1 à 6 ans : 5 à 10 ml par jour

Enfants de 7 à 14 ans :

• Traitement d'attaque : 15 ml par jour.

• Traitement d'entretien : 10 ml par jour.

#### Adolescents et adultes

• Traitement d'attaque : 15 à 45 ml par jour.

• Traitement d'entretien : 10 à 25 ml par jour.

Si une diarrhée se manifeste, diminuer la posologie.

#### Utilisation chez les enfants et les adolescents

Chez le nourrisson et l'enfant, la prescription de DUPHALAC doit être exceptionnelle car elle peut entraîner le fonctionnement normal du réflexe d'exonération.



Ne pas donner DUPHALAC aux enfants (≤ 14 ans) sans avoir consulté un médecin pour une prescription et sans surveillance étroite.

Chez le patient âgé et le patient atteint d'insuffisance rénale ou hépatique, aucune adaptation posologique n'est nécessaire car l'exposition au lactulose est négligeable.

#### Encéphalopathie hépatique

Dans tous les cas, la dose idéale est celle qui conduit à deux selles molles par jour.

Utilisation chez les adultes : la posologie moyenne est de 15 à 30 ml, 3 fois par jour.

Utilisation chez les enfants et les adolescents : aucune donnée n'est disponible pour le traitement des enfants (des nouveaux-nés jusqu'à 18 ans) atteints d'une encéphalopathie hépatique.

#### Mode d'administration

Voie orale.

Prenez les doses chaque jour, aux mêmes moments.

Avalez le médicament rapidement, sans le conserver dans votre bouche.

DUPHALAC 66,5 POUR CENT peut être pris pur ou dilué dans une boisson.

#### Durée de traitement

La durée du traitement varie en fonction de la symptomatologie.

**Si vous avez pris plus de DUPHALAC 66,5 POUR CENT, solution buvable en flacon que vous n'auriez dû :**

En cas de surdosage, des diarrhées ou des douleurs abdominales peuvent apparaître.

Si vous avez pris plus de DUPHALAC que vous n'auriez dû, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Les effets indésirables suivants ont été rapportés :

- Très fréquents (ils affectent plus d'1 personne sur 10 utilisant ce médicament)
  - diarrhées.
- Fréquents (ils affectent jusqu'à 1 personne sur 10 utilisant ce médicament)
  - flatulence (ballonnement),
  - nausées,

- vomissement,
- douleur abdominale.

• Peu fréquents (ils affectent jusqu'à 1 personne sur 100 utilisant ce médicament)

- déséquilibre électrolytique provoqué par la diarrhée. Des ballonnements peuvent survenir en début de traitement, en général ils cessent après quelques jours.

Lorsque des doses supérieures à la posologie recommandée sont utilisées, des douleurs abdominales et des diarrhées peuvent apparaître.

Si des doses élevées sont administrées pendant une période prolongée (habituellement en cas d'encéphalopathie hépatique), un déséquilibre électrolytique peut apparaître du fait de la diarrhée.

#### 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.

### 5. COMMENT CONSERVER DUPHALAC 66,5 POUR CENT, solution buvable en flacon ?

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants. N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte après EXP. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

A conserver à une température ne dépassant 25°C. Ne pas mettre au réfrigérateur (risque de cristallisation).

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

### 6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

Ce que contient DUPHALAC 66,5 POUR CENT, solution buvable en flacon

• La substance active est : Lactulose ..... 66,5 g  
Sous forme de lactulose liquide.

Pour 100 ml de solution

Qu'est-ce que DUPHALAC 66,5 POUR CENT, solution buvable en flacon et contenu de l'emballage extérieur

Ce médicament se présente sous forme de solution buvable incolore à jaune brunâtre, visqueuse et limpide.

Ce médicament est disponible en flacon de 200 ml.

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est : 19/09/2017



Monsieur EL KHATTABI ABD  
 POLYCLINIQUE LES NARCISSES  
 Réf. : 19J1192

## Compte Rendu d'Analyses

**HEMOSTASE**

		Normales
TAUX DE PROTHROMBINE (TP) -----:	100 %	70 - 100
I.N.R. -----:	1,00	

Zone thérapeutique :

L'INR « cible » est la valeur d'INR à atteindre pour obtenir un traitement équilibré :  
 La zone thérapeutique se situe pour la plupart des indications entre 2 et 3 (INR cible de 2,5) ;  
 Il peut être plus élevé chez certains patients porteurs de prothèses mécaniques (jusqu'à 4,0);  
 INR>5: risque hémorragique important.

**TEMPS DE CEPHALINE + ACTIVATEUR (TCA)**

Temps du témoin -----	30	sec
Temps du patient -----	32	sec

Variation pathologique :

Temps du patient > de 8 sec au temps du témoin.

Surveillance de traitements anticoagulants :

- Par les AVK : surveillance par le Temps de Quick, avec un rapport de 1,5 à 2 pour le TCA malade / TCA témoin.
- Par l'héparine : surveillance par le TCA avec un rapport de 1,5 à 4 pour le TCA malade / TCA témoin.

**BIOCHIMIE**

Bilirubine Totale -----:	3,0	mg/l	< 10
Soit :	5,1	μmol/l	< 17
Bilirubine Indirecte (Libre) -----:	1,9	mg/l	< 10
Soit :	3,2	μmol/l	< 17
Bilirubine Directe (Conjuguée) -----:	1,1	mg/l	< 3
Soit :	1,9	μmol/l	< 5

(Méthode enzymatique - Cobas 6000, Roche )

Lipase ----- :	68 *	UI/l	< 60
(Méthode colorimétrique - Cobas 6000, Roche )			

- Pharmacien Biologiste
- Internat UCL (BRUXELLES)
- Hématologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Bactériologie ouvert le : 05/10/19
- Virologie évement reçu à 13:16
- Biologie de la reproduction



- صيدلي تخصص الأحياء أوروبا (بروكسل)

- أمراض الدم

- علم المناعة

- علم الطفيلييات

- علم الجراثيم

- علم الفيروسات

- بиология التكاثر

Page : 1

Monsieur EL KHATTABI ABD  
POLYCLINIQUE LES NARCISSES  
Réf. : 19J1192

Compte Rendu d'Analyses

**HEMATOLOGIE****NUMERATION FORMULE SANGUINE**

(Automate XT 1800 - Sysmex et/ou DxH 800 - Beckman Coulter)

**Intervalles de références**  
(Homme Adulte)

**GLOBULES ROUGES**

Hématies ----- :	5,08	M/mm <sup>3</sup>	4,5 - 5,55
Hémoglobine ----- :	14,7	g/100 ml	14 - 17
Hématocrite ----- :	44	%	40 - 50
- V.G.M. ----- :	86	μ <sup>3</sup>	80 - 95
- T.C.M.H. ----- :	29	pg	28 - 32
- C.C.M.H. ----- :	34	g/100 ml	30 - 35

**GLOBULES BLANCS**

Numération des leucocytes ----- :	11 700	* /mm <sup>3</sup>	4000 - 10000
-----------------------------------	--------	--------------------	--------------

**Formule leucocytaire**

Polynucléaires Neutrophiles ----- :	68,3	%	50 - 70
Soit :	7 991	/mm <sup>3</sup>	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles ----- :	1,2	%	1 - 3
Soit :	140	/mm <sup>3</sup>	40 - 300
Polynucléaires Basophiles ----- :	0,3	%	< 1
Soit :	35	/mm <sup>3</sup>	< 100
Lymphocytes ----- :	22,1	%	20 - 40
Soit :	2 586	/mm <sup>3</sup>	1500 - 4000
Monocytes ----- :	8,1	* %	1 - 8
Soit :	948	/mm <sup>3</sup>	40 - 800

**PLAQUETTES**

Résultat ----- :	484 000	* /mm <sup>3</sup>	150000 - 400000
------------------	---------	--------------------	-----------------

Justificatif Identité du patient----- Indeterminée.

Résultat provisoire l'identité du patient n'a pu être justifiée.

Une deuxième détermination à quelques jours d'intervalle est obligatoire

GROUPE -----

B

RHESUS -----

POSITIF.

- Pharmacien Biologiste
- Internat UCL ( BRUXELLES )
- Hématologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Bactériologie
- Virologie
- Biologie de la reproduction

164 Bd IBN SINA AMERCHICH 40000 MARRAKECH

IF N°40257662

Patente : 67072510

CNSS : 8734180

- صيدلي تخصص الأحياء أوروبا ( بروكسل )  
 - أمراض الدم  
 - علم المناعة  
 - علم الطفليات  
 - علم الجراثيم  
 - علم الفيروسات  
 - بيولوجيا التكاثر

Marrakech le 23 octobre 2019

Monsieur EL KHATTABI ABD

INP 02771651A3

FACTURE N° 303326

## Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	60	
Groupe sanguin -----	B	60	
Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Temps de Céphaline Active (TCA) -----	B	40	
Bilirubines Totale, libre et conjuguée -----	B	70	
Lipase -----	B	100	Total : B 370

## Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER 398,50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quatre vingt Dix Huit Dirhams et Cinquante Centimes

**LABORATOIRE "AL FADLE"**  
*d'Anatomie et Cytologie Pathologiques*

Marrakech le, 08/10/2019

**FACTURE : 458/10/2019**

NOM ET PRÉNOM	COEF	PRIX
EL KHATTABI ABD	P636	700

Arrêtée la présente facture à la somme de

**sept cents dirhams**

*Res. Amitaf Av. Yaâcoub El Mansour (à côté hôtel El Kabir) 2ème étage Appt. N°5 - Guéliz - Marrakech  
Tél. : 05 24 44 82 44 - Fax : 05 24 44 97 98 E-mail : laboratoirealfadle@menara.ma  
N° Patente : 45132506 - IF : 40287208 - ICE : 001623892000080*



- Pharmacien Biologiste
- Internat UCL (BRUXELLES)
- Hématologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Bactériologie
- Virologie
- Biologie de la reproduction

164 Bd IBN SINA AMERCHICH 40000 MARRAKECH

IF N°40257662

Patente : 67072510

CNSS : 8734180

- صيدلي تخصص الأحياء أوروبا (بروكسل)
- أمراض الدم
- علم المناعة
- علم الطفيليات
- علم الجراثيم
- علم الفيروسات
- بيولوجيا التكاثر

05 - 10 - 19

Marrakech le 8 octobre 2019

Monsieur EL KHATTABI ABD

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

AL MANAR

Docteur Nasif Zeroual

9, Hay Chifa Amerchich

Tél : 05 24 31 12 82 / Fax : 05 24 31 16 80

VALIDATION BILOGISTE

NL027165 1A3

FACTURE N° 303326

## Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	60	
Groupe sanguin -----	B	60	
Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Temps de Céphaline Active (TCA) -----	B	40	
Bilirubines Totale, libre et conjuguée -----	B	70	
Lipase -----	B	100	Total : B 370

## Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER | 398,50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quatre vingt Dix Huit Dirhams et Cinquante Centimes

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

AL MANAR

Docteur Nasif ZEROUAL

9, Hay Chifa Amerchich - Marrakech

Tél : 05 24 31 12 82 / Fax : 05 24 31 16 80

VALIDATION BILOGISTE



POLYCLINIQUE  
LES NARCISSES

مصحة النرجس

05 - 10 - 19

El KhouHébi AB

NFS

gros po

TP-TCK

Bil T.L.C

lipos de



Polyclinique Les Narcisses, 112 Quartier OLM El Ghoul, Route de Targa - Marrakech

Tél.: +212 (0) 524 44 75 75 / Fax: +212 (0) 524 44 86 70

Email : contact@polycliniquenarcisses.com / www.polycliniquenarcisses.com

Administration directe : Tél: 0524 42 39 36 / Fax: 0524 42 13 07

ICE : 001634278000085 - CNSS : 6055330 - IF : 6502289 - TP : 45129466 - RC : 8309

Polyclinique Les Narcisses assume les urgences chirurgico-médicales 24h/24h

مصحة النرجس تضمن دوام المستعجلات الجراحية والطبية 24/24

الادارة الفاكس : 0524 42 13 07 / الهاتف : 0524 42 39 36